Au nom d'Allah, le Plus Gracieux, le Plus Miséricordieux



Avis de non-responsabilité



FRACTURES :

TYPES DE FRACTURES :

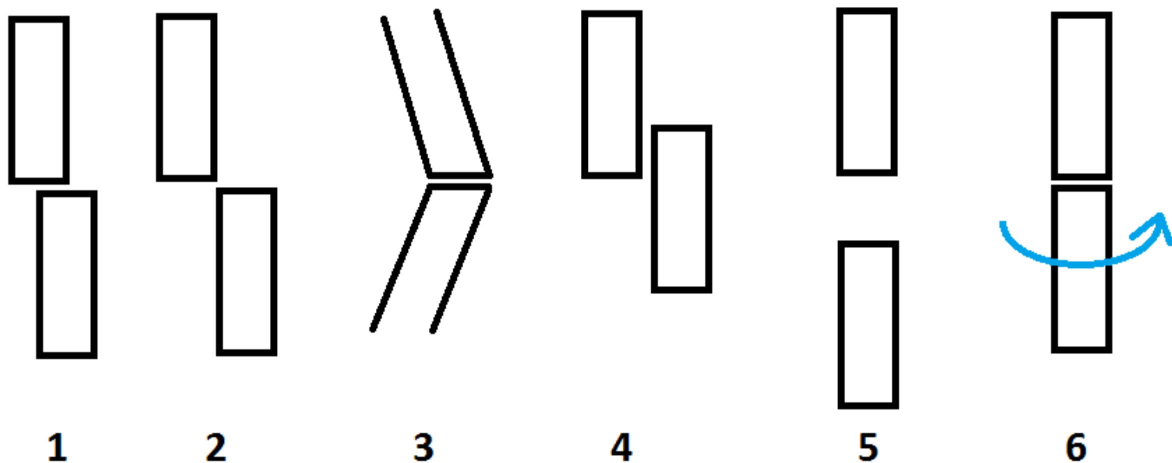
Fracture simple :

- 2 fragments

Fracture complexe :

- 3 fragments : aile de papillon
- 4 fragments ou plus : comminutive
- Fracture étagée

DEPLACEMENTS :



1. Translation

2. Baïonnette : maximum de translation

3. Angulation

4. Chevauchement : raccourcissement

5. Allongement : toujours iatrogène

6. Décalage : Rotation

Jamais toléré, même minime ++++++

LESIONS NERVEUSES : **les lésions les plus redoutables +++++**

- **Neurapraxie :** Sidération nerveuse
  Récupération totale en 21 jours
- **Axonotmésis :** Rupture de l'axone, la gaine reste intacte
  Récupération de 1 mm/j
- **Neurotmésis :** Rupture de l'axone et de la gaine
  Pas de récupération

QCM :

Fracture de la diaphyse humérale :

- La rotation interne n'est jamais tolérée
- Le nerf le plus touché : nerf radial
- Le nerf jamais touché : nerf musculo-cutané

ABCES DES PARTIES MOLLES :

Pas d'antibiotiques avant l'incision ++++

CAT DEVANT UNE PLAIE PAR MORSURE :

- Nettoyage
- Parage
- Antibiotique
- Immobilisation
- Sérum antitétanique
- Pas de suture, pas de pansement ++++++

Au nom d'Allah, le Plus Gracieux, le Plus Miséricordieux



PHYSIOLOGIE DE LA PRONATION-SUPINATION :

CONDITIONS :

- Longueur intacte
- Courbure radiale intacte
- Espace interosseux intact
- Pas de décalage
- Les 02 articulations radio-ulnaires mobiles

MUSCLES ET NERFS :

	Muscles	Nerfs
Pronation	Carré et rond pronateurs	Nerf médian
Supination	Long et court supinateurs	Nerf radial
	Biceps	Nerf musculo-cutané

FRACTURES DES DEUX OS DE L'AVANT-BRAS :

AGE :

Enfant et adulte jeune ++++

CLASSIFICATION :

- Les deux os

- GALEAZZI : Fracture du radius + Luxation de la tête cubitale (ou radio-cubitale inférieure)

- MONTEGGEA : Fracture du cubitus + Luxation de la tête radiale

- Particularité chez l'enfant : Fracture en bois vert

Fracture en motte de beur

LESIONS ASSOCIEES :

- Ouverture cutanée

- Vasculaires : rare

- Nerveuses : rare

- Déchirure de la membrane interosseuse

TRAITEMENT :

Chez l'enfant :

Orthopédique : souvent

- Non déplacée : Plâtre BABP
- Déplacée : Réduction + Plâtre BABP
- Durée : 2 à 3 mois

Chirurgical :

- Embrochage centromédullaire

Chez l'adulte :

Chirurgical : toujours

- Broche : Elastique stable
  Montage non solide
  Contention plâtrée adjuvante
- Flaque vissée +++++++
- Fixateur externe

COMPLICATIONS :

Secondaires :

- Syndrome de Volkmann ++++
- Déplacement si traitement orthopédique

Tardive :

- Pseudarthrose à TRT : greffe
- Cal vicieux
- Synostose : ossification de la membrane interosseuse
- Raideur

Au nom d'Allah, le Plus Gracieux, le Plus Miséricordieux



LA FACULTÉ

Référence du concours de résidnat

Avis de non-responsabilité

Si vous êtes l'auteur ou le copyrights propriétaire d'un contenu sur notre site, contactez-nous sur: facadm16@gmail.com
Tous les utilisateurs doivent savoir que l'équipe "La faculté" ne peut être responsable et condamne toute violation des droits d'auteur.
Toute utilisation lucrative sans la permission du propriétaire des droits d'auteur exposer l'utilisateur au suivi légal.



Pour télécharger plus de résumés et documents magnifiques pour résidanat d'Alger, veillez scanner ce code avec votre application messenger et mentionner le nom du module que vous cherchez, par exemple " cardio" pour recevoir les liens de téléchargement de cardiologie.
veillez insérer un module à la fois, une fois vous recevez les liens du premier module, vous demandez un autre module (neuro, endocrino, biochimie ...)

DEMI-BASSIN :

- Ilion
- Pubis
- Ischion
- Cotyle

Solidarisées par : - Les ligaments sacro-iliaques en arrière
- Les ligaments symphysaires en avant

ROLES DU BASSIN :

- Protection
- Liaison
- Sustentation

MECANISMES :

- **Rotation**
- **Compression :** Antéro-postérieure
  Latérale : le mécanisme le plus fréquent +++++
- **Cisaillement**

LESIONS ASSOCIEES :

- **Ouverture cutanée**
- **Lésions vasculaires**
- **Lésions nerveuses :** Nerf sciatique
  Plexus sacré
- **Ouverture rectale et vaginale**
- **Lésions urinaires :** Rupture de l'urètre
  Rupture de la vessie

CLASSIFICATION DE L'A.O:

Type A : Continuité osseuse et ligamentaire de l'arc postérieur respectée → Stable

Type B : Rupture incomplète de l'arc postérieur → Instable sur le plan horizontal

- B1 : Exo-rotation unilatérale
- B2 : Endo-rotation unilatérale
- B3 : Exo ou endo-rotation bilatérale

Type C : Rupture complète de l'arc postérieur → Instable sur tous les plans

LESIONS QUI REMPLACENT UNE DISLOCATION :

- Fracture verticale du sacrum
- Fracture parcellaire de l'aile iliaque

RADIOLOGIE :

Radio standard :

- Bassin de face
- Incidences de PENNAL : Bassin descendant
  Bassin ascendant

Scanner :

L'examen de choix +++++

Selon les complications :

- Artériographie et phlébographie
- UIV

TRAITEMENT :

Orthopédique : Groupe A

- Hamac de suspension : pendant 6 à 8 semaines

Chirurgical :

- Vissage
- Plaque vissé
- Boulonnage
- Fixateur externe : si choc hémorragique

Au nom d'Allah, le Plus Gracieux, le Plus Miséricordieux



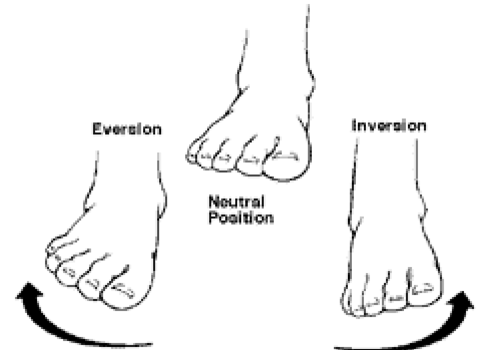
ANATOMIE

- Ligament latéral externe : 03 faisceaux (antérieur, moyen, postérieur)

- Ligament latéral interne : Plan profond : 02 ligaments tibio-talaire (antérieur, postérieur)

Plan superficiel

- Ligaments fibulo-tibiaux : antérieur et postérieur



L'inversion associe:

- Flexion plantaire
- Adduction
- Rotation interne du pied = supination

L'éversion associe:

- Flexion dorsale
- Abduction
- Rotation externe du pied = pronation

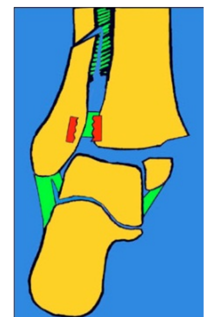
MECANISME :

Souvent indirect +++++++

CLASSIFICATION DE DUPARC ET ALNOT:



Type 1



Type 2

Adduction : Type 1

Pied bloqué en inversion ++++

Malléole externe → Trait sous-tuberculaire horizontal

Malléole interne → Trait vertical

Pas de diastasis

Abduction : Type 2

Pied bloqué en éversion ++++

Malléole interne → Trait horizontal

Péroné → Trait sus-tuberculaire horizontal ou comminutif

Rupture des ligaments fibulo-tibiaux
Rupture de la membrane inter-osseuse } Diastasis



Type 3

Rotation externe + abduction : Type 3

Malléole interne → Trait horizontal

Péroné → Trait sus-tuberculaire oblique en bas et en arrière

Rupture d'un ou des ligaments fibulo-tibiaux
Rupture de la membrane inter-osseuse } Diastasis



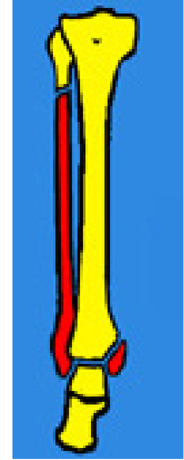
Type 4

Rotation externe + adduction : Type 4

Malléole externe → Trait inter-tuberculaire spiroïdal

Malléole interne → Trait horizontal

Rupture des ligaments fibulo-tibiaux → Faux diastasis +++



MAISONNEUVE

Fracture de MAISONNEUVE :

Fracture de la malléole interne + fracture du col du péroné

RADIO

Cheville : - Face
- Profil
- ¾ interne
- ¾ externe

Jambe : - Face
- Profil

TRAITEMENT :

Orthopédique :

- Réduction : manœuvre de tire-botte +++
- Plâtre : Cruro-pédieux
- Durée : 03 mois +++, après 45 jours on peut libérer le genou (botte plâtrée)

Conditions : - Peau saine ++++++
- Fracture non déplacée, ou une bonne réduction

Chirurgical :

- **Malléole interne :** vis
- **Malléole externe :** plaque vissée, haubanage
- **Diastasis :** vis

Le traitement des fractures par abduction est toujours chirurgical ++++++

COMPLICATIONS :

Précoces :

- Complications cutanées +++++++

Secondaires :

- Déplacement secondaire +++++
- Infection
- Thromboembolique

Tardives :

- Cal vicieux
- Pseudarthrose
- Raideur
- Arthrose
- Algodystrophie
- Pas de nécrose de l'astragale ++++++++

Au nom d'Allah, le Plus Gracieux, le Plus Miséricordieux



LA FACULTÉ

Référence du concours de résidnat



LA CROISSANCE DE L'OS LONG :

Croissance de type sériée et interstitielle (sériée prédominante +++)

Se développe à partir de la zone métaphysaire

Nécessite une vascularisation méta et épiphysaire

CARTILAGE DE CONJUGAISON :

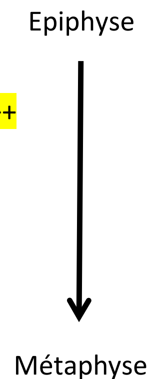
Se situe entre la métaphyse et l'épiphyse

Rôle : croissance en longueur

A la radio : zone claire

Couches : +++++++++

- **Couche germinative (couche de réserve) :** la couche la plus touchée ++++
- **Couche striée (couche proliférative)**
- **Couche hypertrophique :** zone de fragilité
- **Couche dégénérative (couche d'ossification)**



Vascularisation :

2 réseaux artériels, indépendants, de type terminal :

- Métaphysaire : l'artère centro-médullaire
- Epiphysaire : la vascularisation provient du périoste, la synoviale et la capsule

LA VIROLE PERI-CHONDRALE :

Se situe à la périphérie du cartilage de conjugaison

Vascularisée par des vaisseaux d'origine métaphysaire

Rôles :

- Rôle de soutien du cartilage de conjugaison
- Participe à la correction des anomalies du cartilage de conjugaison
- Participe à la croissance circonférentielle du cartilage de conjugaison
- Rôle de stabilité de l'épiphyse

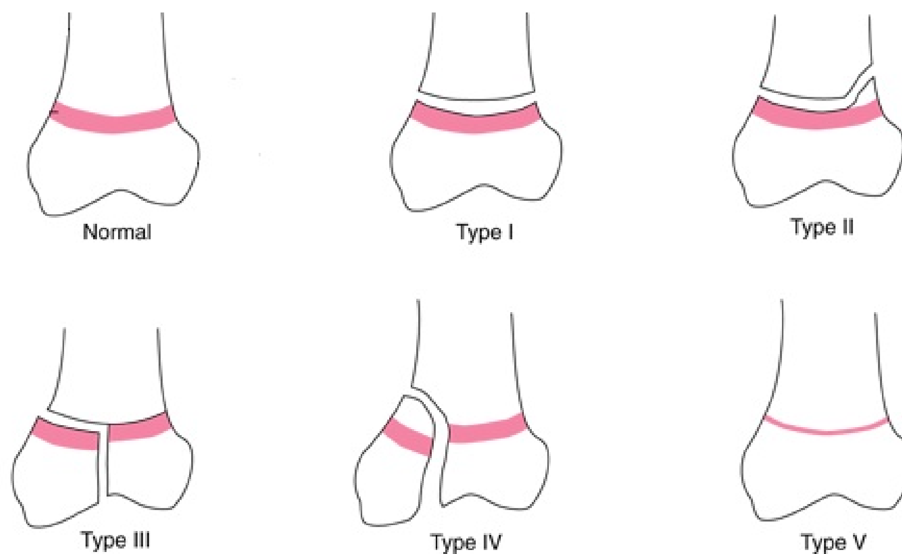
EPIDEMIOLOGIE :

- Fréquentes (15 % des fractures de l'enfant)
- Graves (perturbe la croissance en longueur)
- Garçon +++
- Puberté +++
- Le jeune âge est un facteur de mauvais pronostic ++++++++

CLASSIFICATION DE SALTER HARIS : selon le siège et la direction du trait ++++

Type 1	- Décollement épiphysaire	- Trait horizontal - Bon pronostic
Type 2	- Décollement fracture métaphysaire	
Type 3	- Décollement fracture épiphysaire	- Trait vertical - Fractures articulaires - Epiphysiodèse partielle
Type 4	- Décollement fracture métaphyso-épiphysaire	
Type 5	- Compression	- Epiphysiodèse totale

La fracture de MAC FARLAND : fracture de type 4 de la malléole interne ++++



TRAITEMENT :

Type 1 **Type 2**	- **Réduction orthopédique** : manœuvre de PISCHLER - **Broche :** si fracture instable - **Plâtre :** 3 à 6 semaines
Type 3	- **Réduction orthopédique** (si impossible : réduction chirurgicale) - **Broche** - **Plâtre :** 4 à 6 semaines
Type 4	- **Réduction chirurgicale** - **Broche** - **Plâtre :** 4 à 6 semaines
Type 5	- **Plâtre :** 3 semaines

COMPLICATIONS :

- Inégalité de longueur

- Déviation axiale (décalage) : pas corrigé par le remodelage, jamais toléré ++++++

Au nom d'Allah, le Plus Gracieux, le Plus Miséricordieux



LA FACULTÉ

Référence du concours de résidnat

Avis de non-responsabilité

CLAVICULE :

Os en forme de S

Articulation sternale et articulation acromiale

Posterieur

Coracoïde

Trapèze

Ligaments coraco-claviculaire = Ligaments trapèzoïde et conoïde

Sterno-cléido-mastoidien et hyoidien

Ligament acromio-claviculaire

Acromium

Deltoide

Sternum

Ligament Costo-claviculaire

Grand pectoral

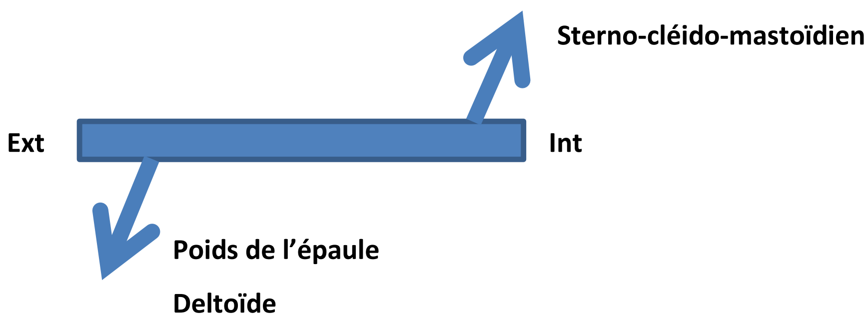
VUE INFERIEURE

Anterieur

SIEGE DE LA FRACTURE :

Tiers moyen +++

DEPLACEMENTS :



Tiers interne : peu déplacée

Tiers moyen : très déplacée

Tiers externe : selon la position du trait par rapport aux ligaments coraco-claviculaires

→ Rupture des ligaments coraco-claviculaires : très déplacée

→ Trait en dedans des ligaments coraco-claviculaires : très déplacée

→ Trait en dehors des ligaments coraco-claviculaires : peu déplacée

CLINIQUE :

Abaissement de l'épaule

Raccourcissement de l'épaule

Déformation en voussure

Fragment mobile et douloureux

LESIONS ASSOCIEES :

- Ouverture cutanée

- Nerveuses : plexus brachial

- Vasculaires : vaisseaux sous-claviers

- Pleurales et pulmonaires : dyspnée

TRAITEMENT :

Traitement orthopédique :

Peu déplacée → Echarpe

Très déplacée → Bandage en huit

Consolidation : en 3 à 5 semaines

Traitement chirurgical :

Broches

Plaque vissée +++

Fixateur externe : si fracture ouverte

Haubanage : si extrémité distale

Indication :

- Complications
- Chez le sportif

COMPLICATIONS :

Après traitement orthopédique :

- Cal vicieux +++
- Pseudarthrose rare (pas jamais +++)

Après traitement chirurgical :

- Moins que le traitement orthopédique

LUXATION DU COUDE :

03 TYPES :

- **Convergente +++ :** les 02 os restent solidaires
- **Divergente :** les 02 os ne restent pas solidaires : olécrane vers l'arrière, la tête radiale vers l'avant
- **Luxation de la tête radiale**

1. CONVERGENTE :

02 MECANISMES :

- **Chute coude en extension :** Instable

  Luxation postéro-externe +++ (la variété la plus fréquente)

- **Chute coude en flexion :** Stable

CLINIQUE :

Douleur

Impotence fonctionnelle

Ecchymose

Coude augmenté de volume

Avant-bras raccourci

Le triangle (condyle interne – condyle externe – olécrane) modifié

LISIONS ASSOCIEES :

- **Ouverture cutanée :** rare
- **Vasculaires :** artère humérale
- **Nerveuses :** nerf médian
- **Fractures :** Epitrochlée

  Condyle externe

  Tête radiale

  Olécrane

- **Capsulo-ligamentaire :** Capsule antérieure

  LLE

  LLI

- **Musculaires**

TRAITEMENT :

Orthopédique :

- Réduction
- Immobilisation par gouttière plâtrée postérieure
- Rééducation sans massages (source de raideur et ostéome brachial)

Chirurgical :

Si fracture ou rupture ligamentaire

COMPLICATIONS :

- Raideur +++
- Récidive
- Ostéome de brachiale antérieur (éviter les massages)

LUXATION EN DEHORS DE LA TETE RADIALE :

Rupture du ligament annulaire (qui stabilise l'articulation radio-ulnaire proximale)

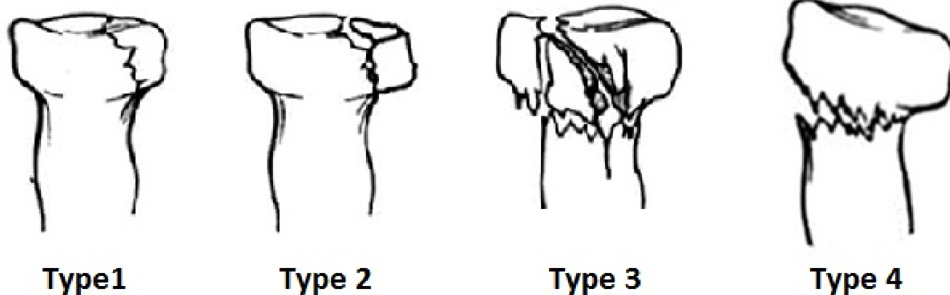
Radio de face : Axe de la tête radiale ne passe pas par le condyle externe +++

FRACTURE DE LA TETE RADIALE :

Peut être : - Articulaire
- Extra-articulaire

CLASSIFICATION DE MASON :

- **Type 1 :** Fracture sans déplacement
- **Type 2 :** Fracture avec déplacement
- **Type 3 :** Fracture comminutive
- **Type 4 :** Fracture du col



TRAITEMENT :

- **Type 1 :** Orthopédique → Attelle plâtrée pendant 10 jours
- **Type 2 :** Ostéosynthèse → Broche, vis
- **Type 3 :** Résection de la tête
- **Type 4 :** Embrochage

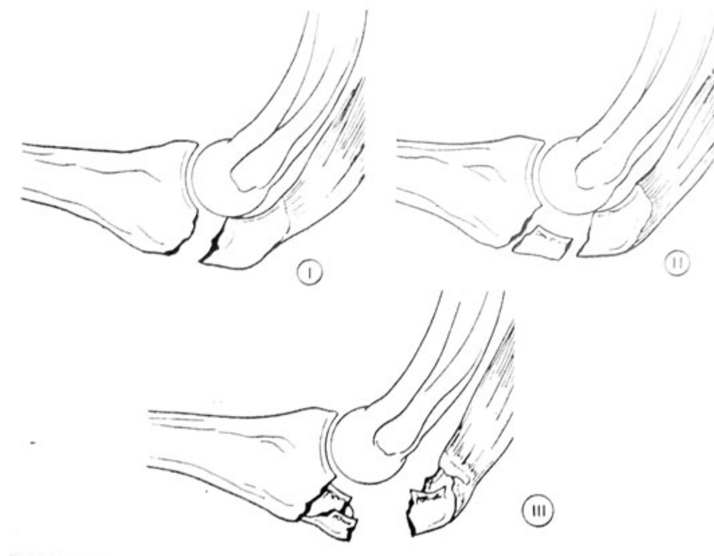
FRACTURE DE L'OLECRANE :

Peut être : - Articulaire +++
- Extra-articulaire

La fracture de l'olécrane est toujours déplacée (le tendon du Triceps) +++

CLASSIFICATION DE DUPARC :

- **Type 1 :** Fracture séparation
- **Type 2 :** Fracture enfoncement-séparation
- **Type 3 :** Fracture comminutive



TRAITEMENT :

Pas de traitement orthopédique ++++++

Chirurgical : - Haubanage +++ → Rééducation immédiate +++
- Vis

FRACTURE DU PROCESSUS CORONOÏDE :

FRACTURE ISOLEE DU BEC : la plus fréquente +++

TRT orthopédique :

- Plâtre pendant 15 à 21 jours
- Rééducation sans massage (source de raideur et ostéome)

TRT chirurgical :

- Si le bec incarcère dans l'articulation

FRACTURE DE LA BASE :

TRT orthopédique :

- Si fracture non déplacée

TRT chirurgical :

- Si fracture déplacée
- Vissage de rappel

FRACTURE OLECRANO-CORONOÏDIENNE :

TRT chirurgical :

- Vissage de rappel
- Haubanage

FRACTURE OUVERTE TYPE III :

TRT chirurgical :

- Fixateur externe

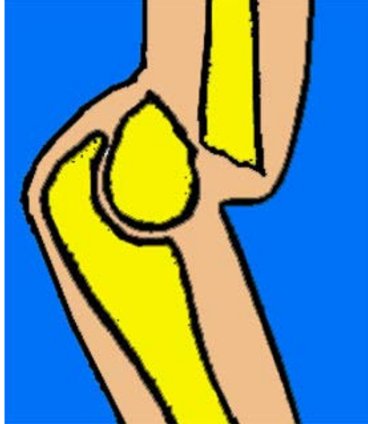
FRACTURES SUPRA-CONDYLIENNES DU COUDE : → la plus fréquente

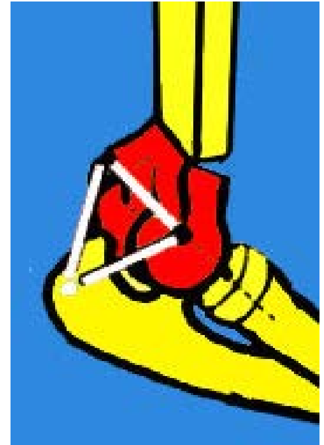
1. FRACTURE EN EXTENSION :

MECANISME :

Chute sur la main coude en hyperextension

CLINIQUE :





Douleur

Impotence fonctionnelle

Attitude de Dressault

Déformation :

- Fragment supérieur saillie en avant
- Coup de hache postérieur
- Olécrane saillie en arrière
- Coude élargi d'arrière en avant
- L'avant-bras parait court

Triangle (olécrane – condyle externe – condyle interne) normal, basculé en arrière

LESIONS ASSOCIEES :

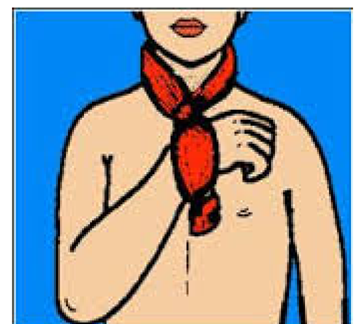
- **Ouverture cutanées :** rare
- **Lésions vasculaires :** artère humérale
- **Lésions nerveuses :** Nerf médian ++++
  ± Nerf radial

CLASSIFICATION DE MARON LARGRANGE

- **Type 1 :** fracture non déplacée, trait intéresse la corticale antérieure, corticale postérieure normale
- **Type 2 :** fracture non déplacée, trait intéresse la corticale antérieure et postérieure
- **Type 3 :** fracture déplacée, mais les 02 fragments sont toujours en contact
- **Type 4 :** les 02 fragments ne sont pas en contact
- **Type 5 :** métaphyso-épiphysaire

TRAITEMENT :

Orthopédique :



- Réduction
- Contention : - Embrochage percutané de JUDET
  - Plâtre
  - Méthode de BLOUNT

Chirurgical :

- Broche
- Vis
- Plaque vissée

COMPLICATIONS :

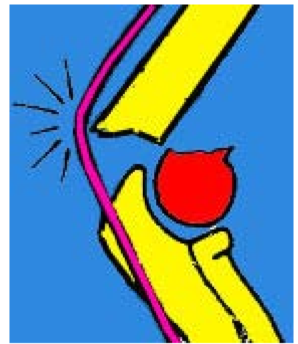
Secondaires :

- Syndrome de Volkmann +++++++++++
- Déplacement sous plâtre

Tardives :

- Cals vicieux : fréquents
  - → En varus +++
  - → En valgus
- Raideur du coude

2. FRACTURE EN FLEXION :



MECANISME :

Chute sur le coude en flexion

LESIONS ASSOCIEES :

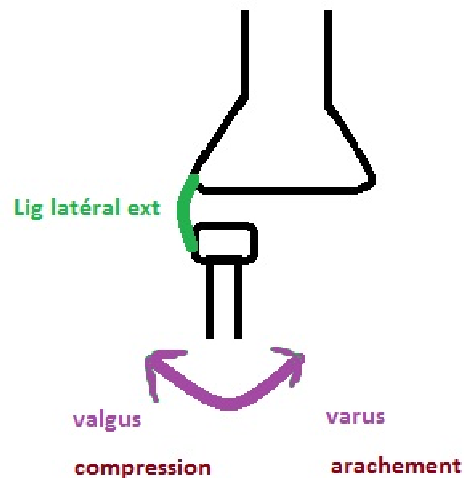
Fragment supérieur sailli en arrière → Compression du nerf cubital

Fragment inferieur sailli en avant → Compression de l'artère humérale

FRACTURE D'EPICONDYLE « CONDYLE EXTERNE » :

MECANISME :

- Compression
- Arrachement



LESIONS ASSOCIEES :

- Paralysie du nerf radial

TRAITEMENT :

- **Non déplacée :** Plâtre
- **Déplacée :** Ostéosynthèse → Broche, vis

COMPLICATION :

- Pseudarthrose
- Cubitus en valgus
- Raideur du coude

FRACTURE DE L'EPITROCHLEE « CONDYLE INTERNE » :

MECANISME :

Arrachement

LESIONS ASSOCIEES :

Paralysie du nerf cubital

TRAITEMENT :

- **Non déplacée :** Plâtre
- **Déplacée :** Ostéosynthèse → Broche, vis

COMPLICATIONS :

Raideur du coude

FRACTURE DU CAPITULUM :

Fracture intra-articulaire

02 TYPES :

KOCHER-LORENZ

HAHN-STEINTHA

COMPLICATIONS :

Raideur du coude +++

Au nom d'Allah, le Plus Gracieux, le Plus Miséricordieux



LA FACULTÉ

Référence du concours de résidnat

Avis de non-responsabilité



FRACTURE DE L'EXTREMITE INFERIEUR DU RADIUS :

La fracture la plus fréquente

Sujet âgé +++

CLASSIFICATION :

1. Compression – Extension : la plus fréquente

Sus-articulaire :

- Fracture de POUTEAU COLLES (15 à 25 mm au-dessus de l'interligne)

Articulaire :

- Trait métaphysaire + refend articulaire
- Fragment postéro-interne : « fracture potentiel de CASTAING »
- T sagittal
- T frontal
- Croix
- Eclatement

2. Compression – Flexion : Rares

Toujours instables → Traitement toujours chirurgical ++++++

Sus-articulaire :

- Fracture de GOYRAND SMITH

Articulaire :

- Marginale antérieure : Subluxation antérieure du carpe

  Type 1 : trait oblique – Type 2 : trait postérieur

- Marginale postérieure
- Cunéenne (styloïde radiale)

POUTEAU COLLES :

DEPLACEMENT :

- Postérieur
- Postéro-externe

CLINIQUE :

Profil : Bascule en arrière du fragment distal : « dos de fourchette »

Face : - Ascension de la styloïde radiale : « main botte »

- Saillie de la styloïde ulnaire
- Horizontalisation de la ligne bi-styloïdienne : « signe de LAUGIER »

> **Dos de fourchette : toutes les fractures avec déplacement postérieur, pas que POUTEAU COLLES**

LESIONS ASSOCIEES :

- **Ouverture cutanée**
- **Nerveuse :** nerf médian +++ (en rapport avec le déplacement +++++)
- **Vasculaire :** artère radiale
- **Fracture de GERARD-MARCHAND :** POUTTEAU COLLES + Fracture de la styloïde ulnaire
- **Fractures des os du carpe**

RADIO :

- **Face :** Inclinaison de la ligne bi-styloïdienne < 25°
- **Profil :** Inclinaison de la glène radiale < 10°

CLASSIFICATION GRUMILLIER-KAPANDJI : sur radio de profil

- **Type 1 :** Pas de comminution
- **Type 2 :** Comminution postéro-interne
- **Type 3 :** Comminution postérieure totale

TRAITEMENT :

Orthopédique :

- **Réduction sous anesthésie générale :** Traction – Flexion – Inclinaison ulnaire
- **BABP :** en flexion palmaire et inclinaison ulnaire
- **Durée :** 06 semaines

Critères d'une bonne réduction :

- Franchissement de la corticale antérieure
- Orientation de la glène radiale en bas et en avant : 10°
- Rapport radio-ulnaire inférieur : 2 mm
- Rétablissement de la ligne bi-styloïdienne en bas et en dehors : 25°

Chirurgical : si échec du traitement orthopédique

- Broche per-cutané, avec plâtre : Broche unique, double, triple
  Broche iso-élastique de PY
- Broche intra-focal, sans plâtre : KAPANDJI
- Plaque vissée postérieure, plaque console, plaque-butée
- Fixateur externe

Rééducation :

- **Immédiate :** mobilisation des articulations libres, contracture statique des muscles sous plâtre
- **Dès l'ablation du plâtre :** douce et progressive

COMPLICATIONS :

Secondaires :

- Déplacement secondaire (la complication secondaire la plus fréquente) +++
- Syndrome de Volkmann

Tardives :

- Cal vicieux (la complication tardive la plus fréquente) +++
- Jamais de pseudarthrose +++
- Raideur
- Arthrose
- Algodystrophie : Fréquente

  La complication la plus redoutable ++++++
- Syndrome du canal carpien
- Lésions tendineuses (long extenseur du pouce) : Par les broches

  Par une saillie osseuse si réduction incorrecte

FRACTURE DE GOYRAND SMITH :

DEPLACEMENT :

Antéro-externe

CLINIQUE :

Profil : Bascule en avant du fragment distal : « ventre de fourchette »

Face : - Ascension de la styloïde radiale : « main botte »

- Saillie de la styloïde ulnaire
- Horizontalisation de la ligne bi-styloïdienne : « signe de LAUGIER »

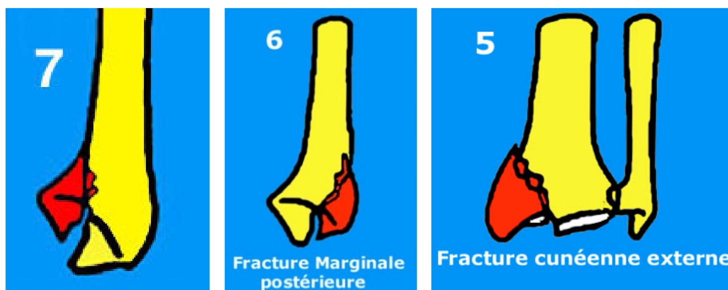
RADIO :

- **Face :** Inclinaison de la ligne bi-styloïdienne < 25°
- **Profil :** Inclinaison de la glène radiale > 10°

TRAITEMENT :

Plaque vissée antérieure, plaque console, plaque-butée

FRACTURES ARTICULAIRES :



TRAITEMENT :

- **Marginal antérieure et postérieure :** Réduction chirurgicale

  Plaque vissée, plaque console, plaque-butée
- **Cunéenne :** broche trans-styloïdienne

COMPLICATIONS :

Raideur +++

Au nom d'Allah, le Plus Gracieux, le Plus Miséricordieux



LA FACULTÉ

Référence du concours de résidnat

Avis de non-responsabilité



Pour télécharger plus de résumés et documents magnifiques pour résidanat d'Alger, veillez scanner ce code avec votre application messenger et mentionner le nom du module que vous cherchez, par exemple " cardio" pour recevoir les liens de téléchargement de cardiologie.

veillez insérer un module à la fois, une fois vous recevez les liens du premier module, vous demandez un autre module (neuro, endocrino, biochimie ...)

ARTICULATION DE L'EPAULE :

La tête humérale est trois fois plus grande de la glène → Articulation très mobile mais instable

TYPES :

Antéro-interne : la plus fréquente 95 %

- Sous coracoïdienne +++
- Intra coracoïdienne
- Extra coracoïdienne
- Sous clavière

Postérieure :

Supérieure :

- Sus glénoïdienne

Inferieure :

- Sous glénoïdienne

ANTERO-INTERNE :

MECANISME :

Abduction – Rotation externe – Rétropulsion

CLINIQUE :

Galbe de l'épaule absent

Acromion en dehors = signe de l'épaulette

Coup de hache externe

Tète humérale en avant → Comblement du sillon delto-pectoral

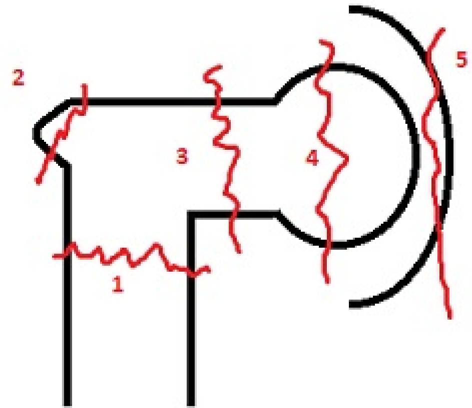
Glène vide

Signe de Berger = abduction irréductible +++++++++++

Impotence fonctionnelle

LESIONS ASSOCIEES :

- **Ouverture cutanée :** rares
- **Vasculaires :** vaisseaux axillaires
- **Nerveuses :** Nerf circonflexe : anesthésie du moignon de l'épaule, paralysie de l'abduction
  Plexus brachial
- **Fracture du bourrelet glénoïdien**
- **Capsulo-ligamentaires (constante ++++)**
- **Coiffe des rotateurs**



FRACTURES ASSOCIEES :

1- Fracture du col chirurgical

2- Fracture du trochiter

3- Fracture du col anatomique

4- Fracture de la tête humérale

5- Fracture de la glène

RADIO :

Face ++++

Trans-thoracique ++++

Incidence de BERNAGEAU

Incidence de BLOOM et OBATA

TRAITEMENT :

Orthopédique :

Avant la réduction : il faut tester la sensibilité du moignon de l'épaule ++++++

- Réduction
- Immobilisation
  - → En rotation interne
  - → En rotation neutre si fracture du trochiter

Durée : 2 à 3 semaines

Complications :

- Incarcération musculaire
- Incarcération osseuse
- Encoche de la tête humérale → TRT : greffe
- Réduction instable
- Récidive +++++++

Chirurgical :

- Incarcération musculaire
- Incarcération osseuse
- Luxation récidivante
- Luxation invétérée (négligée) → Rétraction → Réduction impossible

POSTERIEURE :

MECANISME :

- Chute : Abduction – Rotation interne
- Epilepsie, électrocution

CLINIQUE :

Creux antérieur

Rotation interne fixée ++++++

Perte de la rotation externe

FRACTURES ASSOCIEES : (4, 5)

Fracture de la glène

Encoche de la tête humérale

RADIO :

Lamy ++++

Incidence de BLOOM et OBATA

TRAITEMENT :

Réduction

Immobilisation

COMPLICATIONS :

Récidive +++

Au nom d'Allah, le Plus Gracieux, le Plus Miséricordieux



LA FACULTÉ

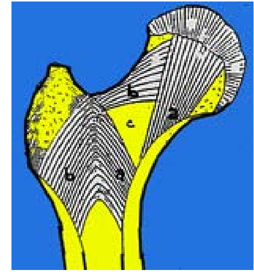
Référence du concours de résidnat

Avis de non-responsabilité



FRACTURE DU COL FEMORAL

Fracture fréquente chez le sujet âgé +++ (ostéoporose)



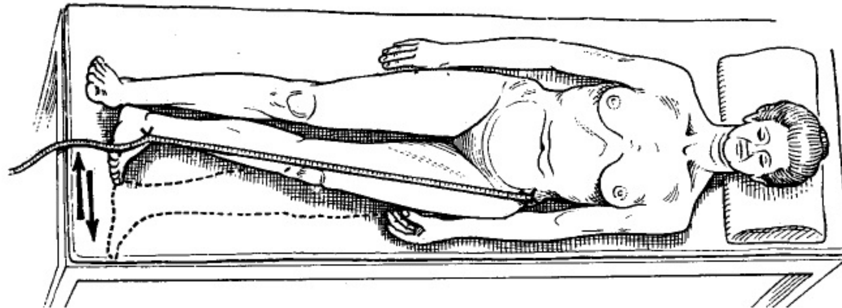
COL FEMORAL : +++++

- **Angle cervico-diaphysaire :** 125 à 130°
- **Antéversion :** 10 à 15° ++++++
- **Intra-capsulaire**
- **Pas de périoste**
- **Zone fragile :** triangle de WARD
- **Vascularisation :** L'artère circonflexe postérieure +++++

  La vascularisation est de type terminal +++++

CLINIQUE :

Attitude vicieuse : Raccourcissement – Adduction – Rotation externe



RADIO :

- Bassin de face de "débrouillage"
- Face de la hanche en rotation interne
- Profil chirurgical de la hanche

CLASSIFICATIONS :

DEBLET : selon le siège du trait

- **Type 1 :** Sous-capitale
- **Type 2 :** Trans-cervicale
- **Type 3 :** Basi-cervicale ou cervico-trochantérienne







PAUWELS : selon l'angle du trait

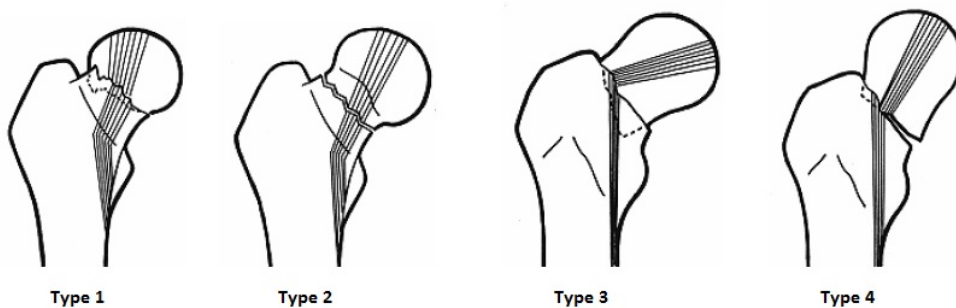
- **Type 1 :** < 30° → Compression maximale
- **Type 2 :** 30-50°
- **Type 3 :** > 50° → Cisaillement maximal

Plus le trait est vertical plus la consolidation est difficile +++++++

GARDEN : selon le déplacement

- **Type 1 :** Travées verticales (coxa valga)
- **Type 2 :** Non déplacée
- **Type 3 :** Travées horizontales (coxa vara)
- **Type 4 :** Déplacement total (décalage)

Risque de nécrose de la tête fémorale ++++++



Une comminution peut siéger partout ++++++

TRAITEMENT :

Chez le sujet âgé, l'objectif principal est : éviter les complications de décubitus ++++++

Ostéosynthèse :

- Vis
- Vis-plaque type THS ou DHS

Arthroplastie :

- Prothèse cervico-céphalique de type MOORE ou THOMPSON +++ → Remplacer la tête et le col
- Prothèse totale de la hanche (si coxarthrose) → Remplacer la tête, le col et le cotyle

Indications :

GARDEN 1 **GARDEN 2**	Ostéosynthèse sans réduction	
GARDEN 3 **GARDEN 4**	**Sujet jeune**	Réduction et ostéosynthèse Ostéotomie de valgisation
	Sujet âgé (65 ans)	Arthroplastie

Appui :

- Immédiat chez le sujet âgé +++++
- Pas immédiat pour le sujet jeune (surtout en cas de GARDEN 3 ou 4)

Durée de consolidation :

03 mois +++++

COMPLICATIONS :

Paralysie sciatique :

- Exceptionnelle +++++

Décompensation des tares

- Cardiaques, respiratoires, rénales, diabète …

Complications de décubitus :

- Escarres
- Thrombophlébite
- Infections urinaires

Complications immédiates de la chirurgie :

- Anesthésie
- Hématome
- Infections

Complication de l'ostéosynthèse :

- Déplacement secondaire
- Pas de cal vicieux +++++
- **Pseudarthrose :** Favorisée par l'absence de compression

  Traitement : - Sujet jeune → Ostéotomie de valgisation

  - Sujet âgé → Prothèse totale
- **Ostéonécrose de la tête fémorale :** surtout après GARDEN 4 +++++++
- Coxarthrose

Complication de l'arthroplastie :

- Luxation de prothèse
- Usure cotyloïdienne

FRACTURE TROCHANTERIENNE :

CLINIQUE :

- Comme la fracture du col +++++

CLASSIFICATION DE RAMADIER :

- Fracture cervico-trochantérienne
- Fracture per-trochantériennes simple

} **Fractures stables**

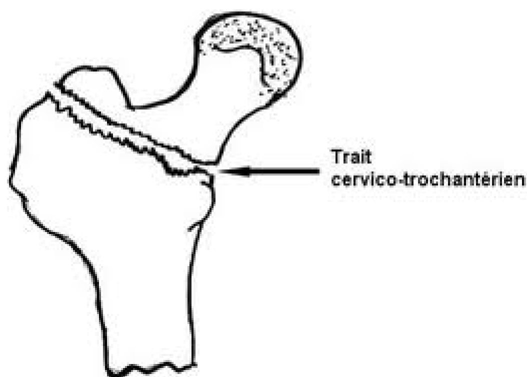
- Fracture per-trochantériennes complexe
- Fracture inter-trochantérienne
- Fracture sous-trochantérienne
- Fracture trochantéro-diaphysaires

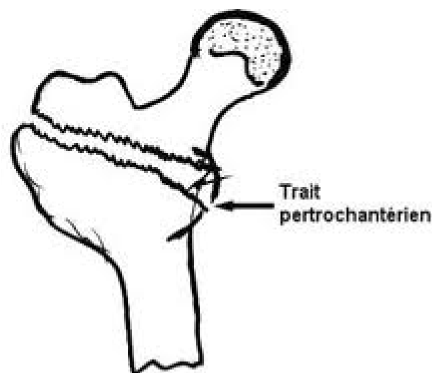
} **Fractures instables**

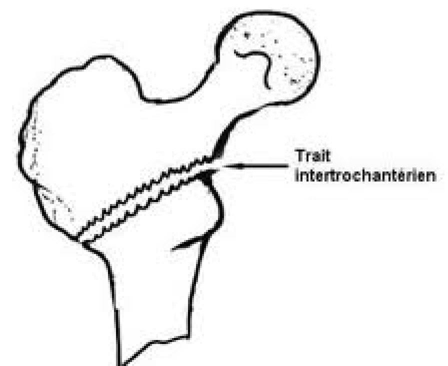
Les 2 éléments de stabilité sont : +++++

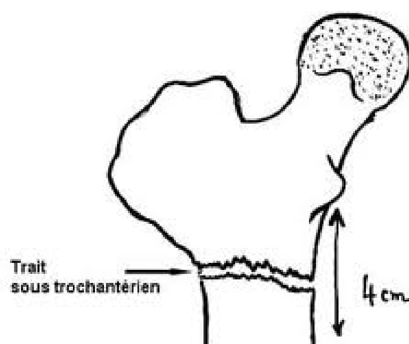
- **Le mur postéro-externe :** lieu d'insertion des muscles abducteurs
- **Le pilier antéro-interne :** lieu d'insertion des muscles adducteurs

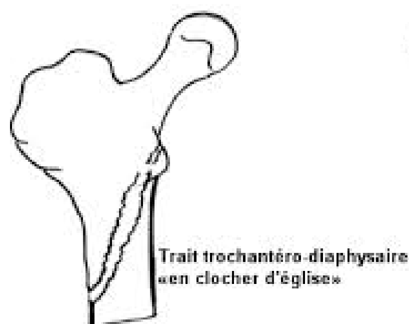
La fracture la plus exposée aux pseudarthroses : fracture sous-trochantérienne +++++

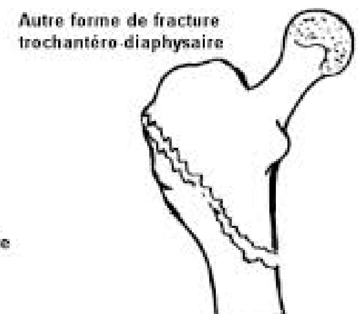












TRAITEMENT :

Ostéosynthèse : +++++

- Vis plaques de JUDET
- Vis plaques THS
- Clou plaque
- Clou d'ENDER
- Clou GAMMA

Prothèse :

- Si coxarthrose

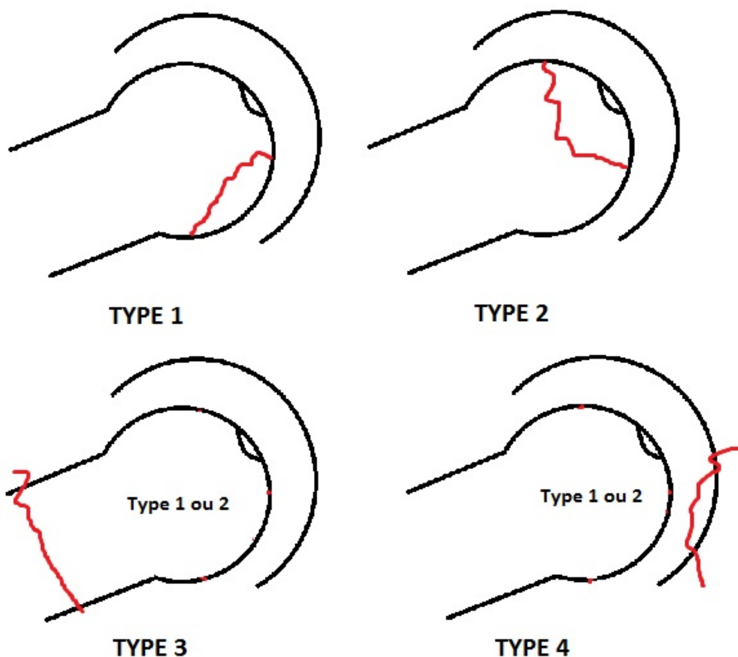
COMPLICATIONS :

- Complications thromboemboliques
- Démontage du matériel
- Cals vicieux ++++++
- Pseudarthrose : Rare ++++
  Surtout la fracture sous-trochantérienne ++++)
- Ostéonécrose de la tête fémorale (rare ++++)

FRACTURE DE LA TETE FEMORALE :

CLASSIFICATION DE PIPKIN :

- **Type 1 :** Fracture de la tête fémorale, sous la zone fovéale
- **Type 2 :** Fracture de la tête fémorale avec un fragment volumineux emportant la zone fovéale
- **Type 3 :** Type 1 ou 2 associés à une fracture du col du fémur
- **Type 4 :** Type 1 ou 2 associés à une fracture du rebord cotyloïdien



EXTREMITE SUPERIEURE DE L'HUMERUS :

- **Partie articulaire :** le col anatomique
- **Partie extra-articulaire :** les tubérosités, le col chirurgical

MECANISME :

- Directe
- Indirect : chute sur le coude ou la main

SIEGE :

Col chirurgical +++

CLINIQUE :

Douleur

Impotence fonctionnelle

Ecchymose brachio-céphalique de HENNEQUIN → impressionnante mais sans gravité +++

LESIONS ASSOCIEES :

- **Ouverture cutanée :** rare
- **Vasculaires :** vaisseaux axillaires
- **Nerveuses :** Nerf circonflexe +++ (sensibilité du moignon de l'épaule, abduction)
  Plexus brachial

RADIO :

Epaule de face

Profil axillaire

Scanner dans les cas difficiles

CLASSIFICATION :

NEER : selon le nombre de traits et fragments

04 fragments = céphalo-tubérositaire → Nécrose de la tête humérale = grave +++

DUPARC et OLIVIER :

Extra-articulaire :

Fracture des tubérosités (Trochiter ou Trochin)

Sous tubérositaire = col chirurgical → Pas de nécrose de la tête humérale +++

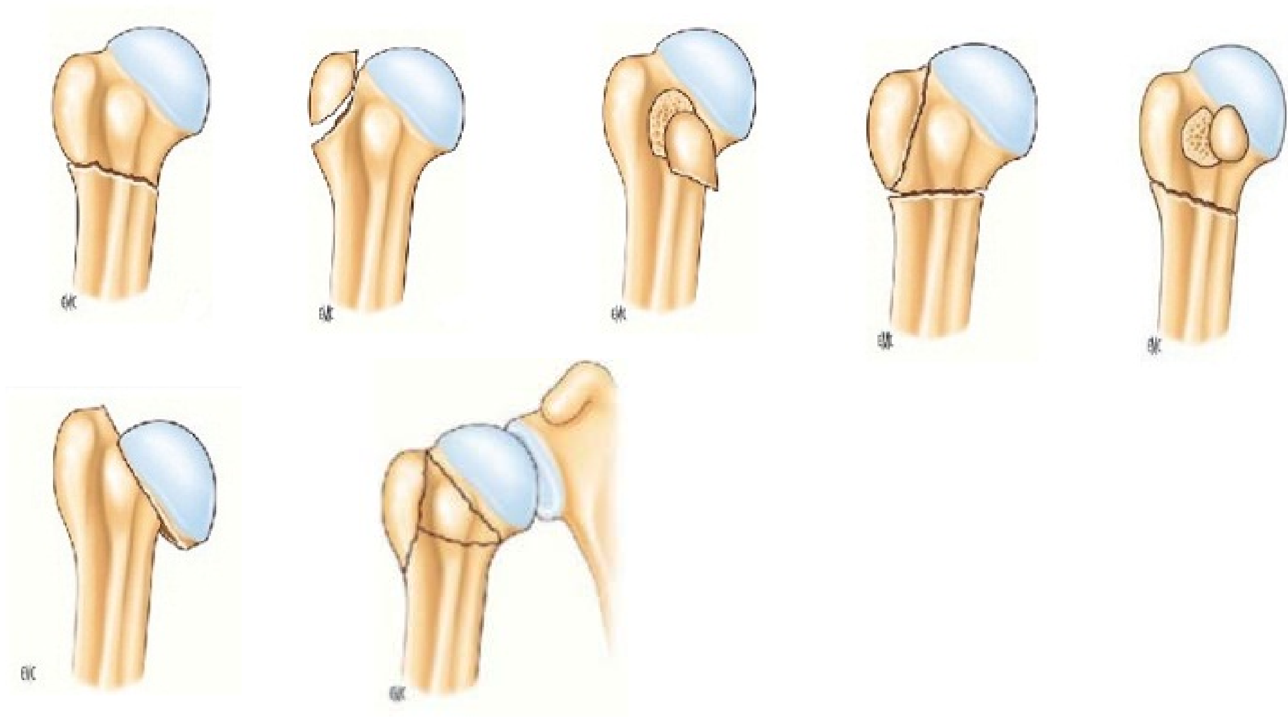
Sous tubérositaire + 01 tubérosité

Articulaire :

Céphalique = col anatomique (rare) → Nécrose de la tête humérale ++++

Céphalo-tubérositaire

Céphalo-métaphysaire



TRAITEMENT :

Orthopédique : +++++

Engrenée ou peu déplacée :

- Immobilisation par bandage ou attelle
- Durée : 02 semaines, puis mobilisation douce
- Après 04 semaines : rééducation

Déplacée :

- Réduction
- Immobilisation en position neutre : plâtre pendant, appareil de POULIQUEN

Chirurgical :

- Embrochage type HACKETAL
- Enclouage
- Vis
- Plaque vissée

COMPLICATIONS :

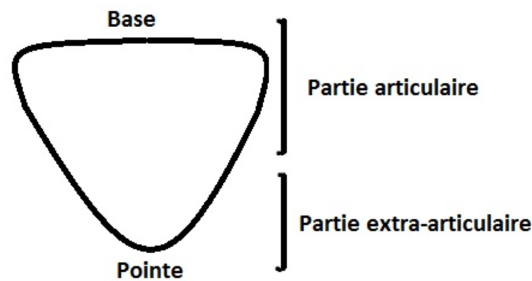
- Nécrose de la tête
- Cal vicieux
- Pseudarthrose exceptionnelle +++
- Raideur de l'épaule → La séquelle principale ++++

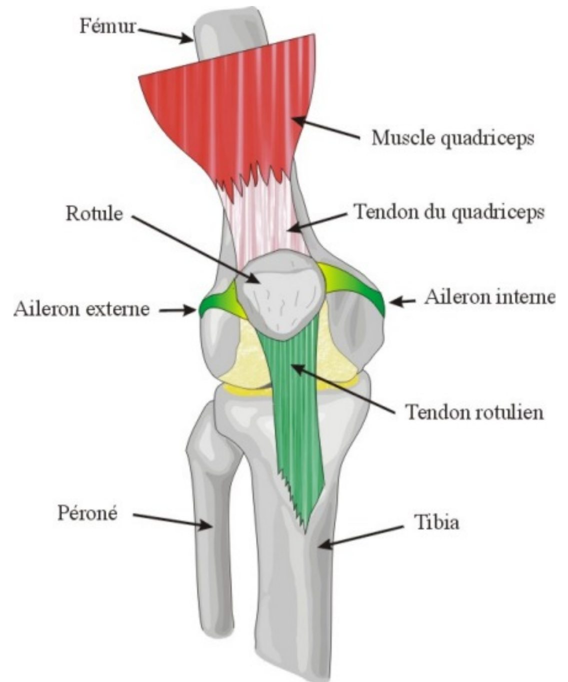
  La rééducation est importante ++++++
- Arthrose

Au nom d'Allah, le Plus Gracieux, le Plus Miséricordieux









VASCULARISATION :

- C'est une vascularisation anastomotique (pas terminale ++++++)
- Les ⅔ inférieurs sont bien vascularisés
- Le ⅓ supérieur est mal vascularisé

MECANISME :

- **Direct :** tableau de bord
- **Indirect :** Flexion forcée sur quadriceps contracté (fracture transversale)
  Extension contrariée (fracture de la pointe) +++

TYPES :

- Fractures qui respectent l'appareil extenseur
- Fractures qui rompent l'appareil extenseur

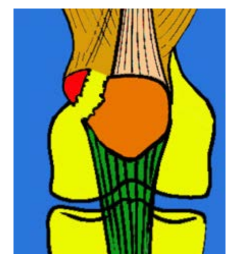
FRACTURES QUI RESPECTENT L'APPAREIL EXTENSEUR :

TYPES :

- **Fracture ostéo-chondrale**
- **Fracture sagittale (verticale)**
- **Fracture parcellaire :** si elle est supéro-externe, elle peut être confondue avec une patella bipartita (c'est un défaut de fusion des noyaux d'ossification)

TRAITEMENT :

- Orthopédique
- Parfois cerclage équatorial



FRACTURES QUI ROMPENT L'APPAREIL EXTENSEUR :

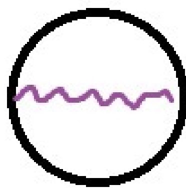
CLINIQUE :

- Douleur
- Extension active impossible, extension passive douloureuse ++++++
- Ecart inter-fragmentaire
- Hémarthrose : gros genou, choc rotulien

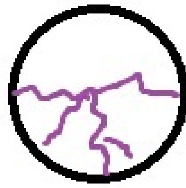
RADIO : +++++

- Face
- Profil
- Genou en flexion 30°

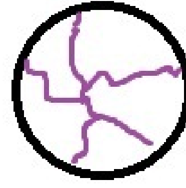
CLASSIFICATION DE MOULAY ET RICARD :



Type 1



Type 2



Type 3

1a : non déplacée
1b : déplacée (ailerons interne et externe rompus)

L'élément qui conditionne le déplacement : les ailerons interne et externe ++++++

TRAITEMENT :

Orthopédique :

- **Evacuation de l'hémarthrose**
- **Plâtre ou attelle cruro-malléolaire :** pendant 45 jours +++++
- **Appui :** précoce ++++
- **Rééducation :** dès la consolidation ++++

Indications :

- Fracture stable et non déplacée : Ecart inter-fragmentaire < 1 mm, marche d'escalier < 1 mm
  En extension et en flexion +++++++
  Même les fractures avec comminution +++++

Chirurgical :

Arthrotomie systématique

Ostéosynthèse :

- Haubanage (traitement de choix +++++)
- Cerclage équatorial
- Vis
- Fixateur externe
- Patellectomie totale ou partielle (comminution importante, ostéosynthèse impossible)

Appui : précoce ++++

Rééducation : précoce, active et passive, mais pas contre résistance ++++

COMPLICATIONS :

- Déplacement secondaire
- Cal vicieux
- Pseudarthrose
- Arthrose fémoro-patellaire
- Raideur

EXTREMITE INFERIEUR DU FEMUR

MECANISME :

Choc direct le plus souvent

TYPES :

- Fracture supra-condylienne
- Fracture sus et inter-condylienne
- Fracture uni-condylienne

CLINIQUE :

- Impotence fonctionnelle
- Gros genou douloureux
- Déformation en varus ou en valgus du membre inferieur

LESIONS ASSOCIEES :

- **Ouverture cutanée**
- **Nerveuses :** SPE, SPI
- **Vasculaires :** vaisseaux fémoraux, vaisseaux poplités
- **Fractures associées :** rotule, plateaux tibiaux
- **Ligamentaires :** LCA, LCP, LLE, LLI

RADIO :

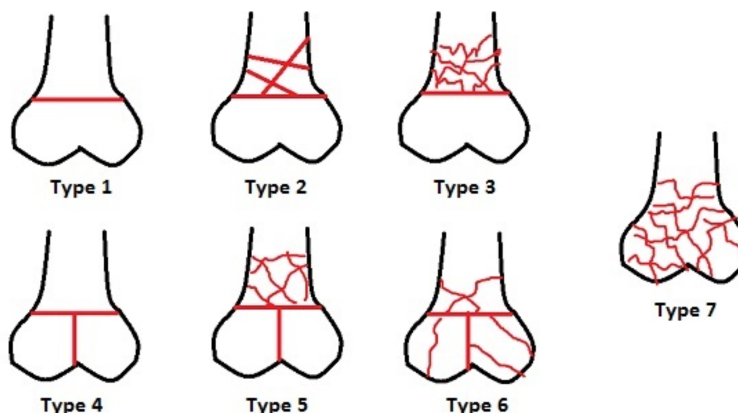
Radio : - Face
- Profil

Parfois scanner +++++++

CLASSIFICATION :

Fracture supra, sus et inter-condylienne : **classification de SOFCOT**

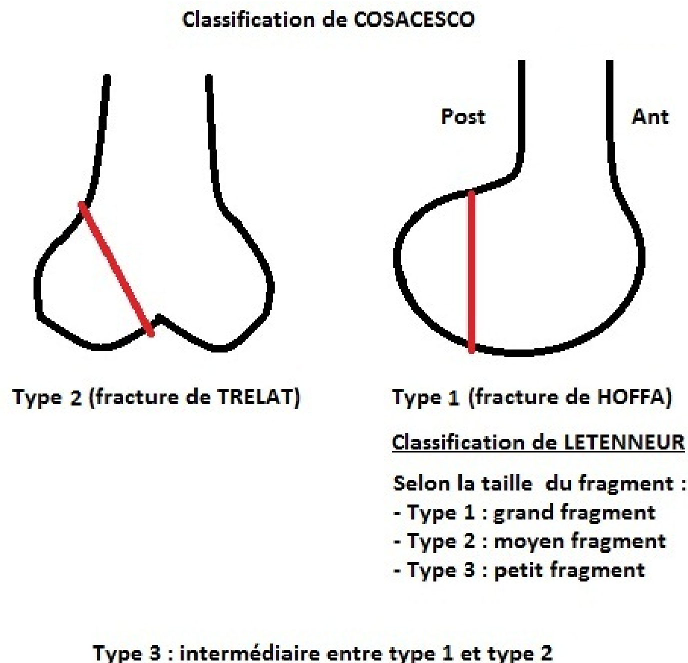
- **Type 1 :** supra-condylienne simple
- **Type 2 :** supra-condylienne comminutive stable
- **Type 3 :** supra-condylienne comminutive instable
- **Type 4 :** sus et inter-condylienne simple
- **Type 5 :** sus et inter-condylienne, avec comminution métaphysaire
- **Type 6 :** sus et inter-condylienne, avec comminution métaphysaire et épiphysaire
- **Type 7 :** fracas épiphyso-métaphyso-diaphysaire



Classification de SOFCOT

Fracture uni-condylienne : classification de COSACESCO

- **Type 1 :** trait de fracture dans le plan frontal
- **Type 2 :** trait de fracture dans le plan sagittal
- **Type 3 :** intermédiaire entre type 1 et type 2



TRAITEMENT :

Chirurgical : ++++++++

- **Ostéosynthèse :** Hoffa → Vis

  Trélat → Plaque vissée
- **Fixateur externe :** si fracture ouverte

Orthopédique : si patient inopérable

- **Plâtre cruro-malléolaire en extension :** pendant 6 semaines
- **Traction :** pendant 8 à 12 semaines

COMPLICATIONS :

- Cal vicieux +++
- Raideur +++
- Pseudarthrose
- Nécrose osseuse (surtout dans les fractures inter-condyliennes +++)
- Lésions méniscales
- Hyper-laxité : par lésions ligamentaires non traitées

FRACTURE DES PLATEAUX TIBIAUX :

MECANISME :

Compression axiale : compression axiale, genou en extension

- Fracture bi-tubérosités

Compression latérale : le mécanisme le plus fréquent ++++++

- Fracture uni-tubérositaire externe ou interne
- Le varus forcé : tension sur le LLE, s'il résiste on aura une fracture uni-tubérositaire interne, s'il résiste pas on aura une entorse
- Le valgus forcé : tension sur le LLI, s'il résiste on aura une fracture uni-tubérositaire externe, s'il résiste pas on aura une entorse

Compression mixte : compression axiale, genou en varus ou en valgus

- Fracture spino-tubérositaire

TYPES :

Fracture séparation :

- Trait oblique ou vertical
- Déplacement du fragment vers le bas

Fracture tassement :

- La surface articulaire s'enfonce dans l'os spongieux sous-jacent

L'association des 2 types de fractures est fréquente

CLINIQUE :

- Impotence fonctionnelle
- Gros genou douloureux
- Déformation en varus ou en valgus du membre inferieur

LESIONS ASSOCIEES :

- **Ouverture cutanée**
- **Nerveuses :** SPE +++
- **Vasculaires :** exceptionnelle ++++
- **Ligamentaires :** LCA, LCP, LLE, LLI
- **Fractures associées :** tête du péroné

RADIO :

Radio : - Face
- ¾ interne
- ¾ externe
- Profil

Parfois scanner +++++++

TRAITEMENT :

Chirurgical :

Uni-tubérositaire

- Vis
- Plaque vissée

Bi-tubérositaire, spino-tubérositaire :

- Plaque vissée

Tassement :

- Relèvement + Greffe cortico-spongieuse + Fixation par vis

Tassement-séparation :

- Relèvement + Greffe cortico-spongieuse + Fixation par plaque vissée

Orthopédique : abandonné (cause de raideur) ++++

- **Plâtre cruro-malléolaire :** pendant 6 semaines
- **Traction :** pendant 8 à 12 semaines

COMPLICATIONS :

- Cal vicieux : varus, valgus, flexum, recurvatum ++++++
- Raideur ++++++
- Pseudarthrose
- Nécrose de la tête tibiale (surtout dans les fractures tassement +++)
- Lésions méniscales
- Hyper-laxité : par lésions ligamentaires non traitées

Le trait est souvent spiroïdal ++++

DEPLACEMENT :

- Rotation externe
- Raccourcissement

+/- Valgus ou varus

+/- Flessum ou recurvatum

CLASSIFICATION DE CAUCHOIX ET DUPARC :

- **Type 1 :** Simple, facile à suturer
- **Type 2 :** Risque de nécrose, contusion, suture sous tension
- **Type 3 :** Perte de substance

CLASSIFICATION DE GUSTILO :

Type 1 : - Plaie : linéaire, sans contusion, < 1 cm

- Contamination : faible
- Dégâts des tissus mous : faibles
- Fracture : simple, ou comminution faible

Type 2 : - Plaie : contusion faible ou modérée, > 1 cm

- Contamination : modérée
- Dégâts des tissus mous : modérés
- Fracture : comminution modérée

Type 3 : - Plaie : contusion importante, perte de substance

- Contamination : importante
- Dégâts des tissus mous : importants
- Fracture : comminution instable
- **Type 3A :** sans mise à nue de l'os, sans déperiostage
- **Type 3B :** avec mise à nue de l'os, avec déperiostage.
- **Type 3C :** avec ischémie du membre

TRAITEMENT : (L'ORDRE +++)

- **Antibiotiques**
- **Sérum antitétanique**
- **Parage, nettoyage, désinfection**
- **Classification de la lésion**

Type 1 avant 6H, ou avant 12H + ATB

- Plâtre cruro-pédieux circulaire

Ou

- Enclouage centromédullaire + Alésage + Verrouillage bipolaire

ECM et la plaque vissée sans contre-indiqué en cas de fracture ouverte +++++

Type 1 après 6H :

- Fixateur externe

Type 2, 3 :

- Fixateur externe
- Réalisation de lambeau

Consolidation :

4 à 5 mois ++++++++

COMPLICATIONS :

Immédiates :

- Choc
- Troubles vasculaires
- Lésions neurologiques : SPE +++, SPI

Secondaires :

- Syndrome des loges
- Déplacement secondaire : Fréquente en cas de traitement orthopédique ++++
  TRT : gypsotomie
- Infection
- Embolies graisseuse
- Gangrène gazeuse
- Thrombophlébite

Tardive :

- Pseudarthrose suppurée +++++++
- Retard de consolidation : La consolidation est toujours retardée (4 à 5 mois ++++)
  Retard de consolidation si absence de cal au 4ème mois ++++
- Algodystrophie
- Ostéite : en cas de fixateur externe ++++++
- Cal vicieux (QCM : Surveillance du traitement orthopédique → Pas de cal vicieux ++++)

LUXATION DE LA HANCHE :

Fréquente chez l'homme de 30 ans +++

La variété la plus fréquente : iliaque +++++

MECANISME :

Position propice nécessaire : Adduction – Flexion +++

Tableau de bord +++

TYPES :

- **Régulière :** Ligament de BERTIN intact → Déplacement limité
- **Irrégulière :** Ligament de BERTIN rompu → Déplacement important

CLINIQUE :

Attitude vicieuse irréductible :

- **Antérieure :** Abduction – Rotation externe
- **Postérieure :** Adduction – Rotation interne
- **Haute :** Extension
- **Basse :** Flexion

	Postérieure	Antérieure
Haute	Iliaque ++++	Pubienne
Basse	Ischiatique	Obturatrice

En cas de fracture associée : toujours une rotation externe ++++++

RADIO :

Face de débrouillage

¾ alaire

¾ obturatrice → Les variétés postérieures +++++++++

Faux profil

LESIONS ASSOCIEES :

- **Vasculaires :** Rare +++++
  Les vaisseaux fémoraux (surtout dans les variétés antérieures ++++)
- **Nerveuses :** La complication précoce la plus fréquente +++++
  Nerf sciatique (surtout dans les variétés postérieures ++++)
- **Fractures :** La tête fémorale
  Le cotyle
  Pas le col +++++
- **Lésions capsulaires**
- **Incarcération intra-articulaire :** fragment de capsule, cartilage, fracture
- **Irréductibilité, incoercibilité**

TRAITEMENT :

Orthopédique :

Anesthésie générale +++++

Réduction en urgence +++

- Luxation postérieure → Technique de BOEHLER
- Luxation interne → Technique de DUQUENNOY DECOULX

Radio de contrôle : face, ¾ alaire, ¾ obturatrice ++++++

Traction continue : pendant 21 jours

Pas d'appui avant 03 mois

Chirurgical :

Indications :
- Fracture associée
- Incarcération
- Irréductible
- Lésion vasculaire

Pas d'indication chirurgicale en urgence ++++++ :
- Luxation ancienne
- Atteinte neurologique

COMPLICATIONS :

Secondaires :

- Thromboemboliques
- Récidive

Tardives :

- Nécrose ischémique de la tête fémorale : Même si le traitement est bien conduit +++++
  Par atteinte de l'artère circonflexe +++++
  Survient plusieurs mois après +++++
  Elément pronostic : délai entre la luxation et la réduction
- Ostéome : ossification péri-articulaire
- Coxarthrose

LA MALADIE LUXANTE DE LA HANCHE :

DYSPLASIE :

- Le cotyle est insuffisamment profond
- Le fémur est trop antéversé
- Coxa-valga

SUBLUXATION :

- La tête est excentrée : elle ne s'appuie pas au fond de la cotyle mais à sa partie supéro-externe.

LUXATION VRAIE :

- Perte complète des rapports des surfaces articulaires

LUXATION CONGENITALE DE LA HANCHE

FACTEUR DE RISQUE :

Présentation de siège ++++

CLINIQUE :

Dépistage : l'examen clinique +++++++

- **Abduction limité**
- **Boiterie à la marche**
- **Asymétrie des plis fessiers**
- **Manœuvre de BARLOW :**

  Signe de piston (pas de ressaut ++++)
- **Manœuvre d'ORTOLANI :** pathognomonique +++++++++

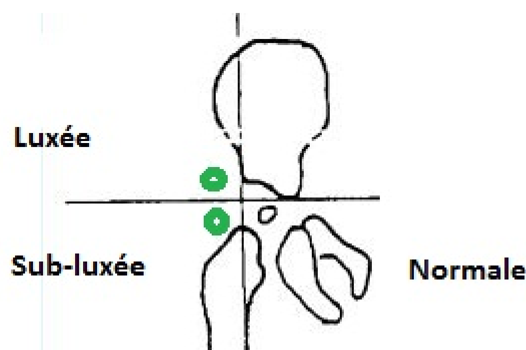
Ressaut de rentrée	Ressaut de sortie
La hanche est luxée mais réductible	La hanche est en place mais luxable

EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

Echographie +++++++

Radio du bassin : à partir du 4ème mois (après l'apparition du noyau de l'épiphyse fémoral ++++) :

- **Hanche normale :** noyau épiphysaire dans le quadrant inféro-interne
- **Hanche sub-luxée :** noyau épiphysaire dans le quadrant inféro-externe
- **Hanche luxée :** noyau épiphysaire dans le quadrant supéro-externe



TRAITEMENT :

Avant 03 mois	03 mois – L'âge de la marche	Après l'âge de la marche
Culotte d'abduction	**La méthode de SOMMERVILLE :** - Traction lente en abduction et rotation interne en 5 à 6 semaines - Suivie par un plâtre pelvi-pédieux	Traitement chirurgical

COMPLICATIONS :

- De la maladie : Coxarthrose

- Du traitement : Ostéochondrite

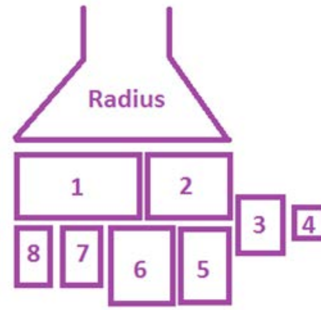
Au nom d'Allah, le Plus Gracieux, le Plus Miséricordieux



LA FACULTÉ

Référence du concours de résidnat

FRACTURE DU SCAPHOÏDE :



1. Scaphoïde
2. Semi-lunaire
3. Pyramidal
4. Pisiforme
5. Os crochu
6. Grand os
7. Trapèzoïde
8. Trapèze

MECANISME :

Chute sur la main en inclinaison radiale et pronation

TRAIT DE FRACTURE :

Au niveau du col +++

Les fractures comminutives sont exceptionnelles

DEPLACEMENT :

Souvent inexistant ou minime

CLINIQUE :

- **Douleur :** Dans la tabatière anatomique
  La face dorsale du poignet en regard du scaphoïde
- **Comblement de la tabatière anatomique**

RADIO :

Très difficile de voir le trait de fracture sur les radiographies initiales ++++++

Refaire une radio du poignet entre 10 et 15 jours après

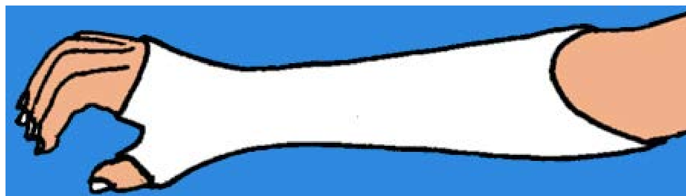
04 incidences classiques sont nécessaires :

- Position standard
- Position oblique
- Pupitre
- SCHNECK

TRAITEMENT :

Fracture non déplacé :

Plâtre : - Poignet en pronation, en inclinaison radiale et en légère dorsi-flexion
- Pouce en abduction

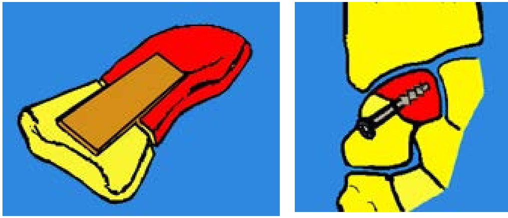


Durée : 06 semaines, puis radio de contrôle :

- Consolidation correcte → Ablation du plâtre
- Doute → Prolongation 2 à 4 semaine
- Trait visible ou nécrose → TRT chirurgical : - Curetage de la pseudarthrose
  - Greffe osseuse entre les fragments
  - Vis, ou mini-agrafe

Fracture déplacée :

Traitement chirurgical : vis, ou mini-agrafe



COMPLICATIONS :

- Nécrose avasculaire (surtout si fracture du ⅓ supérieur)
- Pseudarthrose
- Arthrose
- Raideur

MALADIE DE KIENBÖCK :

C'est une nécrose avasculaire du semi-lunaire (peut toucher les autres os du carpe ++++++)

MECANISME :

Vibrations → C'est une maladie professionnelle

CLINIQUE :

- Douleur
- Raideur : limitation des mouvements

RADIO :

- Peut être normale
- TDM, IRM, scintigraphie ++++

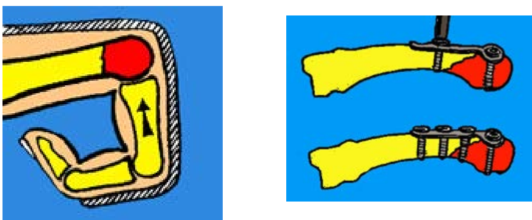
FRACTURE DU COL DES METACARPIENS :

Fracture des boxeurs

La fracture du 5ème métacarpien est la plus fréquente +++++

TRAITEMENT :

- **Fracture non déplacée :** Plâtre
- **Fracture déplacée :** Vis, ou mini-plaque



FRACTURE DE LA BASE DU 1ER METACARPIEN :

FRACTURES ARTICULAIRES :

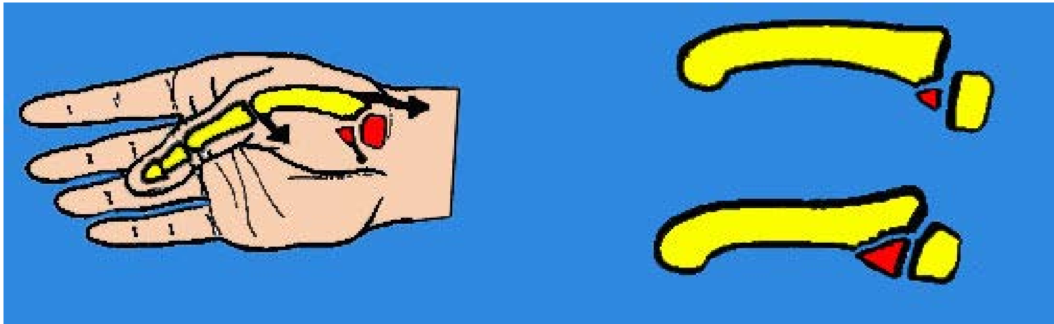
Fracture de BENNETT :

C'est une fracture-luxation :

Souvent instable +++

- **Fragment stable :** grâce à l'insertion du ligament trapézo-métacarpien
- **Fragment épiphyso-diaphysaire :** Attiré par le long abducteur du pouce

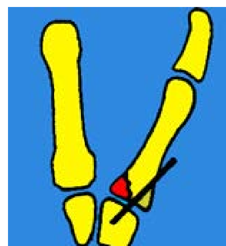
  Il y a alors une luxation dorsale et radiale



Traitement :

- **Stable :** Réduction

  Plâtre pouce en abduction
- **Instable :** Embrochage per-cutané, ou inter-carpien


Fracture de ROLANDO :



FRACTURES EXTRA-ARTICULAIRES

Au nom d'Allah, le Plus Gracieux, le Plus Miséricordieux



Avis de non-responsabilité



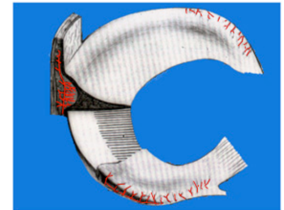
Pour télécharger plus de résumés et documents magnifiques pour résidanat d'Alger, veillez scanner ce code avec votre application messenger et mentionner le nom du module que vous cherchez, par exemple " cardio" pour recevoir les liens de téléchargement de cardiologie.
veillez insérer un module à la fois, une fois vous recevez les liens du premier module, vous demandez un autre module (neuro, endocrino, biochimie ...)

ANATOMIE :

Vascularisation uniquement périphérique (zone rouge) +++ → Une lésion périphérique peut cicatriser

Les ménisques avancent en extension, reculent en flexion ++++

ISC, EMO : ++++



- Ménisque **I**nterne : **S**tabilité, en forme de **C**
- Ménisque **E**xterne : **M**obilité, en forme de **O**

ROLES :



- Mobilité
- Stabilité
- Amortissement
- Lubrification

LE MENISQUE LE PLUS TOUCHE :

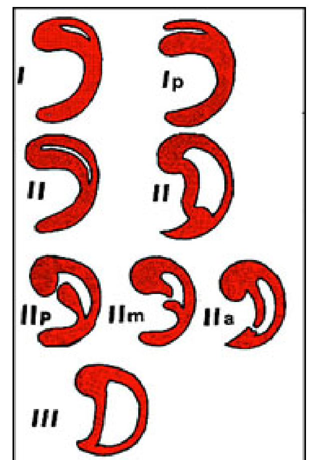
Souvent le ménisque interne +++

Corne postérieure +++++

MECANISME :

- Ecrasement de la corne postérieure en position accroupie forcée
- Hyperextension
- Valgus forcé
- Valgus forcé
- Rotation forcée

CLASSIFICATION DE TRILLAT :



- **Type 1 :** Déchirure postérieure limitée
- **Type 2 :** Anse de seau → Blocage de l'extension (limitation de l'extension)

  Languette (postérieure, moyenne, antérieure) → Instabilité +++
- **Type 3 :** Anse de seau complète luxée

SIGNES FONCTIONNELS :

- Douleur chronique de type mécanique
- Dérangement interne
- Blocage élastique : blocage de l'extension, pas la flexion ++++ (
- Hydarthrose (gonflement du genou)
- Kyste poplité rarement

Blocage de l'extension → Anse de seau +++++

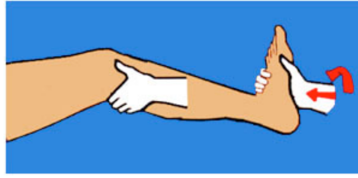
EXAMEN CLINIQUE :

Signe d'OUDARD :

Genou fléchi à 90° → Palpation de l'interligne fémoro-tibial → Douleur à la pression

Signe de Mac MURRAY : lésion de la partie postérieure des ménisques ++++++

Flexion – Extension + Rotation → Ressaut douloureux perceptible au niveau de l'interligne

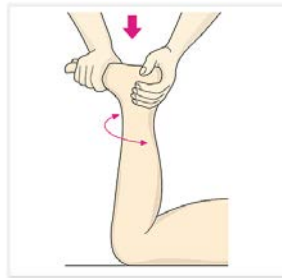


Signe de Mac MURRAY

Test d'APLEY (Grinding test) :

Patient en décubitus ventral → Genou fléchi à 90° → Compression – Rotation externe et interne :

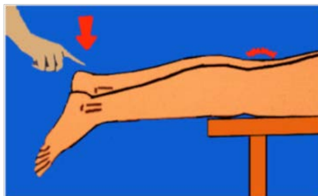
- Douleur médiale à la rotation externe → Lésion du ménisque interne
- Douleur latérale à la rotation interne → Lésion du ménisque externe



Grinding test

Signe de JUDET :

Patient en décubitus ventral → Pieds pendus → Limitation de l'extension



Signe de JUDET

Signe de CABOT :

Ménisque externe +++

Patient en décubitus dorsal → Pied atteint sur le genou sain → On demande au patient d'étendre le genou → Douleur



LE DIAGNOSTIC EST SURTOUT CLINIQUE +++++++

EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

- IRM ++++
- Arthrographie
- Arthro-scanner
- Radio : Face et profil (pas fémoro-patellaire +++++)

  Ne montre rien, on la fait pour éliminer autre chose

TRAITEMENT :

- Pas en urgence, sauf pour le sportif ++++

- Arthroscopie : pas d'arthrotomie ++++

- Ablation de la lésion : pas d'ablation totale +++++

FORME DU MENISQUE EXTERNE :

Ménisque discoïde :

Malformatif (pas traumatique ++++++)

Touche la femme +++

Peut être asymptomatique → Faut pas opérer

Kyste méniscal

- Arthrotomie : pas d'arthroscopie +++++

- Excision du kyste

- ± Méniscectomie : si le ménisque est dilacéré

- Risque de récidive

QCM :

Souris intra-articulaire :

Corps étranger intra-articulaire → Blocages ++++

Triade de O'donoghue :

Lésions de : - Ligament latéral interne
- Ménisque interne
- Ligament croisé antérieur

Mécanisme : Genou en flexion, valgus, rotation externe

Au nom d'Allah, le Plus Gracieux, le Plus Miséricordieux



LA FACULTÉ

Référence du concours de résidnat

Avis de non-responsabilité



Pour télécharger plus de résumés et documents magnifiques pour résidanat d'Alger, veillez scanner ce code avec votre application messenger et mentionner le nom du module que vous cherchez, par exemple " cardio" pour recevoir les liens de téléchargement de cardiologie.
veillez insérer un module à la fois, une fois vous recevez les liens du premier module, vous demandez un autre module (neuro, endocrino, biochimie ...)

DEFINITION :

Infection médullaire primitive par voie hématogène +++

GERME :

Staphylocoque doré +++++

TOUCHE SURTOUT :

- L'enfant +++
- Près du genou, loin du coude +++++

03 PHASES :

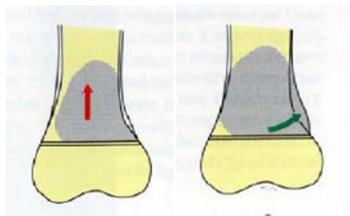
1. Phase congestive :

Fixation et multiplication du germe au niveau de la métaphyse → Inflammation → Œdème → Hyperpression locale



2. Abcès sous périosté :

Diffusion de l'inflammation → Inflammation du périoste → Epanchement sous périosté → Abcès sous périosté



3. Nécrose osseuse :

Interruption de la vascularisation centro-médullaire et périostée → Os mort avasculaire (séquestre osseux)

CLINIQUE :

- **Syndrome infectieux :** frisson, fièvre, sudation
- **AEG**
- **Douleur :** métaphysaire extra-articulaire, brutale
- **Impotence fonctionnelle**
- **Tuméfaction fluctuante et douloureuse :** en cas de collection +++++
- **Pas d'adénopathies +++++**

En l'absence de traitement, elle évolue vers la chronicité +++++

Examens complémentaires :

En urgence :

- **FNS :** hyperleucocytose à PNN
- **CRP :** positivation précoce +++++
- **VS :** augmentation tardive, normalisation lente ++++
- **Hémocultures**
- **Radio :** les signes sont retardés par rapport à la clinique +++++++++
  - → Œdème des parties molles
  - → Apposition périosté
  - → Déminéralisation diffuse
  - → Séquestration osseuse
- **Echographie :** diagnostic des abcès sous-périostés

Autres examens :

- **Scanner :** pour les localisations vertébrales
- **Scintigraphie :** hyperfixation précoce
- **Ponction métaphysaire**

FORMES CLINIQUES :

1. Ostéomyélite subaiguë :

Début insidieux

Symptomatologie fruste

Bilan biologique peu perturbé

Evolution bénigne

2. Ostéomyélite chronique :

Fractures pathologiques avec pseudarthrose

Séquestre osseux

Suppuration chronique

Amyotrophie

Fistules cutanées

3. Abcès de BRODIE :



Lacune purement intra-osseuse

Bordée par une zone de sclérose osseuse

Siège : métaphysaire ou métaphyso-épiphysaire

TRAITEMENT :

Antibiothérapie :

< 03 ans	> 03 ans
Céfotaxime + Fosfomycine	Oxacilline + Gentamycine

Durée : 06 semaines

En IV pendant 02 semaines, relais per os

Drainage (pas une ponction ++++) : en cas de collection +++

Plâtre : pendant 45 jours

Dans l'ostéomyélite chronique : Ablation du séquestre osseux

Soins de la fistule

PANARIS :

DEFINITION :

Infections des parties molles de la main ou des doigts

GERME :

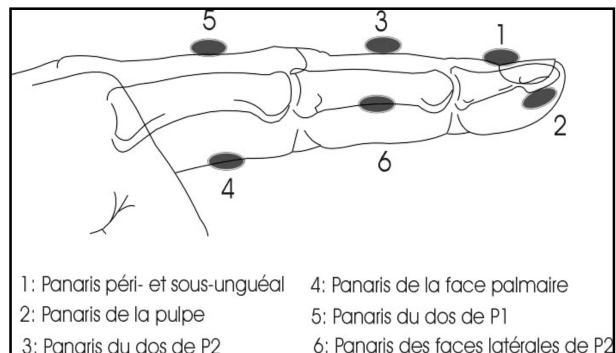
Staphylocoque doré

PHASES :

- Phase d'inoculation septique
- Phase d'invasion
- Phase Phlegmonneuse
- Phase de collection
- Phase de diffusion (phlegmon, ostéo-arthrite, fistulisation …)

TOPOGRAPHIE :

- Panaris péri et sous-unguéal
- Panaris du dos de P2
- Panaris du dos de P3
- Panaris de la pulpe
- Panaris des faces latérales de P2
- Panaris de la face palmaire



1: Panaris péri- et sous-unguéal
2: Panaris de la pulpe
3: Panaris du dos de P2
4: Panaris de la face palmaire
5: Panaris du dos de P1
6: Panaris des faces latérales de P2

CLINIQUE :

Phase d'invasion :

- Douleur, mais pas la nuit
- Pas de fièvre
- Pas d'ADP
- Inflammation locale
- C'est une phase réversible, spontanément ou avec traitement

Phase de collection :

- Douleur intense, insomniante
- Fièvre
- ADP
- Inflammation locale
- Palpation d'une collection purulente, fluctuante
- C'est une phase irréversible spontanément

Phase diffusion :

- Ostéo-arthrite
- Fistulisation
- Phlegmon
- Atteinte de l'appareil extenseur
- Amputation

TRAITEMENT :

- Antiseptiques
- Antibiotiques
- **Si collection :** excision chirurgicale large (pas incision +++++)

PANARIS BOUTON DE CHEMISE « PANARIS MIXTE » :

- Une collection cutanée et une collection sous-cutanée, avec communication entre les deux
- **Traitement :** excision chirurgicale large

PHLEGMON DES GAINES :

DEFINITION :

Infection : - Des gaines digitale des 2, 3, 4ème doigts

- Des gaines digito-carpiennes du pouce (radiale) et du 5ème doigt (cubitale)

ANATOMIE :

Les gaines digitale des 2, 3, 4ème doigts :

- Les culs-de-sac supérieurs se situent au niveau du pli de flexion palmaire métacarpo-phalangien

Les gaines digito-carpiennes du pouce (radiale) et du 5ème doigt (cubitale) :

- Les culs-de-sac supérieurs se situent au niveau du pli de flexion du poignet

PHASES :

- **Ténosynovite inflammatoire :** les gaines sont inflammées, contiennent un liquide inflammatoire
- **Ténosynovite suppurée :** les gaines contiennent du pus
- **Ténosynovite diffusée :** nécrose infectieuse des tendons

CLINIQUE :

Phase de début :

- Pas de fièvre
- Pas d'ADP
- Pas d'inflammation locale
- Douleur à la palpation du cul-de-sac supérieur → Pathognomonique +++++
- Légère flexion antalgique des doigts, réductible +++

Phase d'état :

- Fièvre
- ADP
- Inflammation locale
- Douleur intense au niveau du cul-de-sac supérieur
- Doigts en crochet, irréductible +++

Phase de diffusion :

- Rupture de l'appareil fléchisseur
- Disparition du crochet
- La flexion active est impossible
- La diffusion se poursuit vers l'avant-bras

TRAITEMENT :

- **Antibiotiques :** tous les stades
- **Stade 1 :** Excision de la porte d'entrée
  Lavage des gaines
- **Stade 2 :** Synovectomie
- **Stade 3 :** Excision de la gaine, et du tendon
  Parfois amputation
- **Rééducation :** au 3ème jour ++++

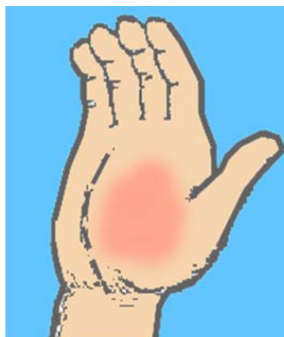
PHLEGMON DES ESPACES CELLULEUX :

DEFINITION :

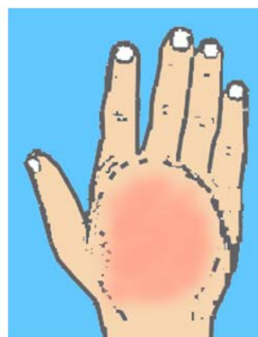
Infection des espaces celluleux de la main



Phlegmon commissural



Phlegmon thénarien



Phlegmon dorsal

CLINIQUE :

- Fièvre
- ADP
- Inflammation locale
- En cas de phlegmon commissural : écartement des doigts ++++

TRAITEMENT :

- **Antibiotiques**
- **Excision des tissus infectés**
- **Drainage**
- **Rééducation :** au 3ème jour ++++

Au nom d'Allah, le Plus Gracieux, le Plus Miséricordieux



LA FACULTÉ

Référence du concours de résidnat

Avis de non-responsabilité



Pour télécharger plus de résumés et documents magnifiques pour résidanat d'Alger, veillez scanner ce code avec votre application messenger et mentionner le nom du module que vous cherchez, par exemple " cardio" pour recevoir les liens de téléchargement de cardiologie.
veillez insérer un module à la fois, une fois vous recevez les liens du premier module, vous demandez un autre module (neuro, endocrino, biochimie ...)

DEFINITIONS :

POLYTRAUMATISE (DEFINITION ANCIENNE) :

Un patient qui présente au moins deux lésions, dont une au moins menace le pronostic vital

TRAUMATISE GRAVE (NOUVELLE DEFINITION) :

Un patient qui présente au moins une lésion qui menace le pronostic vital, ou fonctionnel, ou qui a subi un traumatisme, dont le mécanisme ou la violence laissent penser que de telles lésions existent

CONDUITE A TENIR :

A) BILAN RAPIDE DES FONCTIONS VITALES :

- La conscience : GLASGOW

- Les constantes hémodynamiques

- Etat respiratoire

B) REANIMATION INITIALE :

1. Réanimation respiratoire :

- Libération des voies aériennes supérieures
- Ventilation assistée
- Drainage d'un épanchement pleural
- **Intubation si :** - GLASGOW ≤ 8
  - Détresse respiratoire
  - Détresse circulatoire

2. Réanimation circulatoire :

- Oxymétrie de pouls, voies veineuses, sonde urinaire, sonde gastrique
- Bilan sanguin : FNS, groupage, crasse sanguine
- Remplissage vasculaire
- Arrêter une hémorragie externe

3. Immobiliser les membres, et le rachis :

- Limiter la perte sanguine
- Limiter le risque de l'embolie graisseuse

C) BILAN LESIONNEL :

- Examen clinique complet

D) BILAN RADIOLOGIQUE : après stabilisation de l'état hémodynamique

1. Systématique :

- Téléthorax
- Radio du rachis
- Radio du bassin

2. Au moindre doute :

- Scanner du crâne et du rachis
- Echographie abdominale
- UIV (hématurie +++)
- Scanner du corps entier → Systématique pour certain ++++++

3. Autres :

- Selon le bilan

E) TRAITEMENT DES LESIONS :

1. Hématomes cérébraux

2. Lésions thoraciques

3. Lésions abdominales :

Péritonite :

- Laparotomie

Hématome intra-péritonéal :

- Etat hémodynamique stable → Surveillance
- Etat hémodynamique instable → Laparotomie

Hématome rétro-péritonéal :

- On le respecte +++++

4. Lésions du rachis

5. Lésions des membres

LESIONS THORACIQUES :

VOLET THORACIQUE :

Définition :

Portion mobile de la paroi thoracique, entre deux rangées de fractures

Types :

- **Latéraux :** les plus graves, car très mobiles
- **Antérieurs :** mobiles
- **Postérieurs :** peu mobiles

Clinique :

Respiration paradoxale

Traitement :

- **Thoracotomie indiquée pour autre raison :** ostéosynthèse
- **Thoracotomie pas indiquée :** stabilisation pneumatique interne (sédation et intubation pendant 72H)

EMPHYSEME SOUS-CUTANE ET MEDIASTINAL :

	Emphysème sous-cutané	Emphysème médiastinal
Clinique	Crépitement sous-cutané	Douleur rétro-sternale Voix rauque Bruits du cœur assourdis
Radio	Aspect gonflé des tissus	Bande claire sur le bord gauche du cœur
Etiologies	- Rupture de la trachée, bronches - Rupture de l'œsophage - Brèche pulmonaire - Pneumothorax	
Traitement	Traitement de la cause	

PNEUMOTHORAX ET HEMOTHORAX

CONTUSION ET HEMATOME INTRA-PULMONAIRE :

Clinique :

Détresse respiratoire

Radio : peu performant +++++

- **Contusion :** opacité parenchymateuse, homogène, mal limitée
- **Hématome :** opacité homogène, mal limitée

Scanner :

- Performant ++++++

Traitement :

- Oxygénothérapie
- Analgésie
- Kinésithérapie respiratoire

HEMOPERICARDE :

Tableau de tamponnade

CONTUSION CARDIAQUE :

Définition :

Nécrose myocardique non systématisée, l'étendu est en fonction de l'impact

Clinique :

Etat de choc cardiogénique

ECG :

- Ischémie sus-épicardique et sous-endocardique
- Troubles du rythme

Enzymes cardiaques :

Elevées

Echographie cardiaque :

Normale

Pronostic :

Bon ++++

RUPTURE DE L'ŒSOPHAGE ET DE LA TRACHEE :

Traitement :

Chirurgical

LESIONS ABDOMINALES :

ANATOMIE :

- **Organes intra-péritonéaux :** tube digestif, foie, rate, ovaires
- **Organes rétro-péritonéaux :** reins, uretères, vaisseaux et nerfs
- **Organes sous-péritonéaux :** vessie, utérus, trompes
- **Le pancréas :** La tête → Rétro-péritonéale
  Le corps et la queue → Intra-péritonéaux

CLINIQUE : 2 tableaux

Rupture d'un organe creux :

→ Tableau de péritonite

Rupture d'un organe plein, ou d'un vaisseau :

→ Tableau d'hémopéritoine :

- Abdomen tendu (pas de contracture ++++)
- Défense localisée
- Matité des flancs
- TR : Douleur
  Comblement du cul-de-sac de Douglas

LESIONS DE LA RATE :

- L'organe le plus touché dans les traumatismes abdominaux ++++
- Douleur : Au niveau de l'hypochondre gauche
  Irradiation scapulaire
- Défense : au niveau de l'hypochondre gauche

LESIONS DU FOIE :

- Douleur : Au niveau de l'hypochondre droit
  Irradiation scapulaire
- Défense : au niveau de l'hypochondre droit

LESIONS DES REINS :

- Douleur : Au niveau de l'hypochondre droit ou gauche
- Défense : au niveau de l'hypochondre droit ou gauche
- Hématurie

LESIONS DU PANCREAS :

- Douleur : Au niveau de l'épigastre
- Défense : au niveau de l'épigastre
- Amylasémie et lipasémie élevées
- Complications : Pancréatite nécrosante
  Faux kyste post-traumatique

EMBOLIE GRAISSEUSE :

CLINIQUE :

- Hyperthermie
- Troubles psychiques
- Détresse respiratoire
- Pétéchies (les pétéchies conjonctivales sont évocatrices +++++)

EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

FNS : - Anémie, hématocrite diminuée → Malgré la transfusion
- Thrombopénie

Radio : - Opacités alvéolaires, avec bronchogramme aérien
- Opacités interstitielles

FO systématique : - Hémorragies rétiniennes
- Taches de bougies

ANATOMIE :

Segment mobile rachidien (Roy-Camille):

- Ligament vertébral commun antérieur
- Disque
- Ligament vertébral commun postérieur
- Capsule
- Ligament jaune
- Ligament inter-épineux
- Ligament sus-épineux

Segment vertébral moyen (Junghans) :

Eléments osseux :

- Mur postérieur
- Pédicule
- Apophyse articulaire « l'isthme »
- Lame

03 colonnes :

- **Colonne antérieure :** LVCA + ½ antérieure du corps vertébral + ½ antérieure du disque
- **Colonne moyenne :** ½ postérieure du corps vertébral + ½ postérieure du disque + LVCP
- **Colonne postérieure :** tout ce qui reste

INSTABILITE :

- **Atteinte du segment mobile :** Instabilité ligamentaire → Immédiate et définitive
- **Atteinte du segment moyen :** Instabilité osseuse → Progressive, régulière et transitoire
- **Atteinte des 02 segments :** Instabilité mixte

CONDUITE A TENIR : (l'ordre +++)

- **Ne jamais le mobiliser +++++**
- **Eliminer une urgence vitale**
- **Examen neurologique ++++ :** Niveau Moteur
  Niveau sensitif
  Niveau vertébral
- **Coussin lordosant**
- **Corticoïdes :** le schéma de BRAKEN

EXAMEN NEUROLOGIQUE: ++++++

Motricité :

Cotation internationale de 0 à 5 :

0	Pas de contraction	Ne peut pas marcher
1	Contraction, mais pas de mouvement	
2	Mouvement si on élimine la pesanteur	
3	Mouvement contre la pesanteur	
4	Mouvement contre résistance	Peut marcher avec déambulateur
5	Normale	Peut marcher

Niveaux :

- Flexion de la hanche → L2
- Extension du genou →L3
- Dorsi-flexion du pied → L4
- Dorsi-flexion du gros orteil → L5
- Flexion plantaire du pied → S1

Sensibilité :

Niveaux :

- Mamelon → T4
- Xiphoïde → T6
- Ombilic → T10
- Pli de l'aine → T12

Réflexes : Examen fiable car il ne demande pas la participation du patient +++++

Réflexes cutanés :

- Réflexes cutanés abdominaux : Supérieur → T6 – T8
  Moyen → T8 – T10
  Inférieur → T10 – T12
- Réflexe crémasterien → L1 – L2
- Rechercher le signe de Babinski

Réflexes ostéo-tendineux :

- La diminution ou abolition doit être bilatérale et symétrique
- ROT vifs d'emblée n'ont aucune signification

TR :

- Réflexe anal → S3, S4, S5

Signes péjoratifs :

- Priapisme
- Signe de GUILLAIN : réflexe plantaire tonique en flexion avec décontraction lente ++++

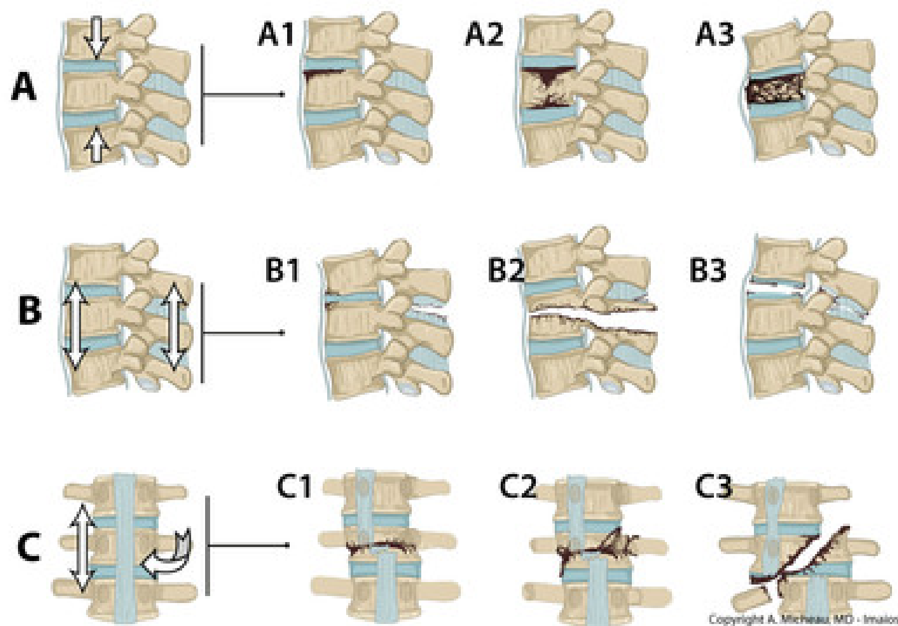
CLASSIFICATION DE FRANKEL :

	Motricité	Sensibilité
A	0	Paralysie
B	0	Conservé
C	≤ 3	Conservé
D	> 3	Conservé
E	normale	Conservé

CLASSIFICATION DE MAGERL :

A Compression	**A1 :** Tassement → < 30 % stable > 30 % instable
	A2 : Séparation
	A3 : Eclatement → BURST
B Distraction	**B1 :** Postérieure à prédominance ligamentaire → TEAR DROP
	B2 : Postérieure à prédominance osseuse → Fracture de chance
	B3 : Antérieure osseuse et ligamentaire
C Rotation	

MAGERL CLASSIFICATION



CLASSIFICATION DE DENIS :

- **Type 1 :** Compression de la colonne antérieure
- **Type 2 :** Compression des colonnes antérieure et moyenne → BURST
- **Type 3 :** Cisaillement → Fracture ceinture de sécurité
- **Type 4 :** Dislocation → Rupture des trois colonnes

TRAITEMENT :

Orthopédique : Fracture A1 sans troubles neurologiques ++++

Méthode de BOEHLER : - Réduction
- Corset
- Rééducation

Chirurgical :

Par voie postérieure :

- Décompression → Laminectomie
- Réduction
- Ostéosynthèse
- Greffe : si perte de substance

Par voie antérieure :

- Pas en urgence +++++++

DEFINITION :

C'est une ostéo-arthrite subaiguë ou chronique +++

EPIDEMIOLOGIE :

- **Age :** adulte jeune

- **Sexe :** prédominance féminine

PHYSIOPATHOLOGIE :

Pénétration pulmonaire ou digestive (chancre d'inoculation + ADP)



Dissémination hématogène



Tuberculose ostéo-articulaire : c'est une infection secondaire

04 PHASES :

Attaque → Destruction → Réparation → Recul +++++

ATTAQUE	- Atteinte synoviale initiale - Puis ostéo-arthrite, mais sans destruction
DESTRUCTION (la phase la plus longue)	- Destruction du cartilage - Destruction de l'os : géodes, cavernes
REPARATION ET RECUL	- Amélioration de l'état général - Résorption des abcès - Cicatrice fibreuse, ankylose, reminéralisation osseuse - Ce qui est détruit est détruit +++

DIAGNOSTIC :

- Bactériologie (liquide de ponction) ++++++

- IDR à la tuberculine : élimine le diagnostic si négative

- Biopsie

CLASSIFICATION DE DAVID ET CHAUSSE :

- Stade 1 : Déminéralisation

Epaississement des parties molles (synovite pure +++++)

- Stade 2 : Pincement de l'interligne

Abcès froids

- Stade 3 : Destruction de l'interligne

Géodes

- Stade 4 : Disparition de l'interligne

Séquestres

TRAITEMENT :

Repos : quelques semaines à 3 mois

Corset plâtré

Chimiothérapie : pendant 12 mois

Chirurgie : - Drainage des abcès

- Compression nerveuse
- Traitement des malformations

Rééducation : après stabilisation des lésions ++++

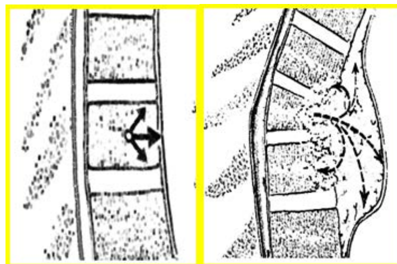
MAL DE POTT (SPONDYLODISCITE TUBERCULEUSE) : la forme la plus fréquente +++

LOCALISATION :

Rachis thoracique +++

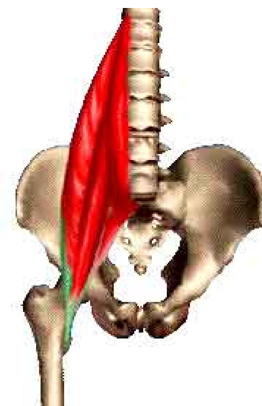
ATTEINTE INITIALE :

Le corps vertébral (spondylite) → Atteinte du disque (spondylodiscite) ++++++



CLINIQUE :

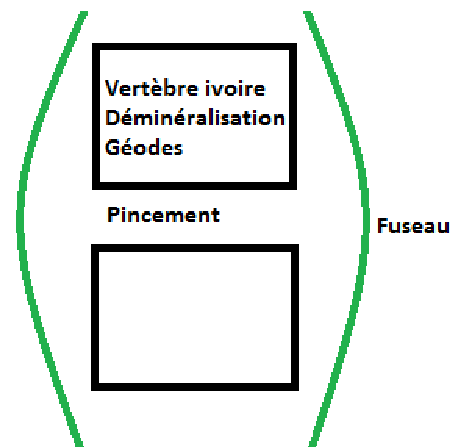
- **AEG :** fébricule, amaigrissement, sueurs nocturne
- **Douleur :** Localisée (pas d'irradiation ++++++)
  Provoquée par la palpation des épineuses
- **Raideur**
- **Déformations :** cyphose +++
- **Abcès :** psoas dans le mal de Pott thoraco-lombaire ++++++
- **Compression nerveuse**
- **Fistules cutanées**



Psoas +++

RADIO :

- Condensation du corps vertébral : vertèbre ivoire
- Déminéralisation
- Géode en miroir
- Pincement discal
- Image en fuseau → Abcès froid



SCANNER ET IRM :

- Images précoces

COXALGIE – TUMEUR BLANCHE DU GENOU :

CLINIQUE :

- **AEG :** fébricule, amaigrissement, sueurs nocturne
- **Douleur**
- **Mobilité limité**
- **Boiterie**
- **Déformations**
- **Abcès**
- **Hydarthrose**
- **ADP +++++**
- **Signes inflammatoires**
- **Coxalgie → Attitude vicieuse :** flexion-adduction ou flexion-abduction ++++
- **Tumeur blanche → Instabilité**

RADIO :

- Déminéralisation
- Géodes
- Pincement de l'interligne
- Destruction de la surface articulaire

AGE : +++++

Toutes les tumeurs osseuses touchent le sujet jeune, sauf le chondrosarcome (40 à 70 ans)

CLINIQUE :

- Douleur localisée +++++
- Fractures pathologiques
- Tuméfaction
- Dans les tumeurs malignes : signes d'inflammation cutanée ++++
- Pas d'AEG ++++
- Pas d'ADP ++++

EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

- **Radio**
- **Biopsie :** diagnostic de certitude ++++++
- **Extension +++++ :** Scanner
  Scintigraphie osseuse

TUMEURS BENIGNES :

1. OSTEOME OSTEOÏDE : la tumeur bénigne la plus fréquente +++++

- **Localisation :** os longs des membres (diaphyse ou métaphyse) ++++
- **Douleurs :** nocturnes, calmées par l'aspirine +++++
- **Radio :** Nidus +++ (petite lacune au sein d'une condensation)
  < 2 cm ++++++
- **Scanner :** nécessaire
- **Traitement :** chirurgical (ou curetage)

2. OSTEOBLASTOME :

Le même tableau clinique et radiologique que l'ostéome ostéoïde, avec quelques différences :

- **Localisation :** arc postérieur du rachis ++++
- **Taille :** > 2 cm ++++

3. AUTRES :

- **Tumeur a cellule géante : Histologie →** Myéloplaxes ++++
- **Kyste anévrismal**
- **Dysplasie fibreuse**

TUMEURS MALIGNES :

1. OSTEOSARCOME : La tumeur maligne la plus fréquente +++++

- **Localisation :** Extrémité inferieure du fémur ++++
  Ne touche pas les mains et les pieds +++++
- **Radio :** - Lacunes
  - Images lytiques mal limitées
  - Réaction périostée en feu d'herbe
  - Rupture de la corticale
  - Envahissement des parties molles
- **Métastases :** pulmonaires ++++++
- **Traitement :** Chimiothérapie néo-adjuvante
  Puis chirurgie
  Puis chimiothérapie

2. CHONDROSARCOME :

- **Survient parfois sur des lésions préexistantes (chondrome, exostose)**
- **Localisation :** tronc et ceintures (bassin, omoplates, rachis)
- **Evolution :** Très lente ++++
- **Traitement :** Chirurgical
  Chimio-radio résistant +++++++
- **Pronostic :** mauvais

3. SARCOME D'EWING :

- **Translocation chromosomes 11 – 22**
- **Ne survient pas sur des lésions préexistantes (tumeur toujours primitive)**
- **Localisation :** genou +++++
- **Radio :** bulbe d'oignon ++++
- **Biologie :** syndrome inflammatoire +++++++
- **Histologie :** petites cellules rondes (tumeur neuro-ectodermique primitive PNET)
- **Traitement :** Chimiothérapie néo-adjuvante
  Puis chirurgie
  Puis chimiothérapie

METASTASES :

- **Douleurs le plus souvent diffuses +++++++**
- **Poumon, rein, sein, thyroïde :** ostéolytiques
- **Prostate :** ostéocondensante (image en tache de bougie)

SYNDROME DE VOLKMANN :

Rétraction ischémique des fléchisseurs des doigts et du poignet

Surtout chez l'enfant +++

CAUSES :

Palette humérale +++++

Luxation et fracture du coude

Fracture de l'avant-bras

Œdème, hématome, traumatisme musculaire de l'avant-bras

Plâtre serré

CLINIQUE :

Phase d'alarme :

Douleur au niveau de l'avant-bras, irradie vers la racine du membre

Œdème

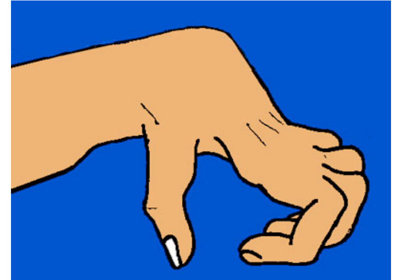
Cyanose

Doigts fléchis, la mobilisation est douloureuse +++++

Troubles moteurs et sensitifs

Pouls peuvent être absents ++++++++

Phase d'état :



La douleur diminue

Rétraction ischémique des fléchisseurs irréductible :

- Flexion du poignet
- Hyperextension des MP
- Flexion des IPP

Phase séquellaire

Rétraction

Amyotrophie

Troubles trophiques

Troubles moteurs et sensitifs

LE NERF LE PLUS TOUCHE :

Le nerf médian +++ : Paralysie

Troubles sensitifs +++++

PREVENTION :

- Réduction précoce de la fracture
- Tout plâtre circulaire doit être fendu

TRAITEMENT :

Phase de début :

- Enlever le plâtre
- Surélévation du membre
- Anti-œdèmes : Aspirine, AIN, corticoïdes
- Aponévrotomie

Phase d'état :

- Désinsertion musculaire

Phase séquellaire :

- Raccourcissement osseux
- Allongement des tendons
- Arthrodèse : fixer les articulations pour corriger les déformations

AUTRES COMPLICATIONS DU PLATRE :

- Irritation cutanée
- Escarre
- Amyotrophie
- Compression nerveuse
- Compression vasculaire
- Complications thromboemboliques
- Déplacement fracturaire
- Raideur articulaire
- Ostéoporose d'immobilisation